



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

FARRARA SABRY AZAR

A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM UTI: UM ESTUDO COM FOCO NO  
TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO HOSPITAL CEMETRON-RO

Porto Velho-RO  
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

FARRARA SABRY AZAR

A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM UTI: UM ESTUDO COM FOCO NO  
TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO HOSPITAL CEMETRON-RO

Dissertação apresentada como requisito para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia – UNIR, sob orientação da Professora Doutora Janne Cavalcante Monteiro.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Janne Cavalcante Monteiro

Porto Velho-RO  
2014

FARRARA SABRY AZAR

A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM UTI: UM ESTUDO COM FOCO NO  
TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO HOSPITAL CEMETRON-RO

Dissertação apresentada como requisito para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia – UNIR, sob orientação da Professora Doutora Janne Cavalcante Monteiro.

APROVADA em 24/03/2014.

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Janne Cavalcante Monteiro  
(Orientadora)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Maria de Lima Souza

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Soraya Nedeff

## DEDICATÓRIA

A Reginaldo, Clara, Débora,  
Emílio e Gabriela, pelo amor incondicional,  
apoio, incentivo e motivação permanente.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me permitiu chegar até aqui.

A minha mãe, irmãs e irmãos, pessoas tão especiais, que mesmo distantes prestaram apoio nessa trajetória, e muito me motivaram a concluir este estudo.

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Janne Cavalcante Monteiro, pela grande contribuição e dedicação, dispondo parte de seu tempo para auxiliar na construção deste trabalho.

As professoras Ana Maria, Kátia Fernanda e Lúcia Rejane pelas contribuições relevantes para a qualificação desse projeto.

Aos profissionais da UTI do CEMETRON, pela disponibilidade e receptividade ao presente estudo, que mesmo cansados pela rotina de trabalho aceitaram participar.

Aos colegas de mestrado, que nesse período de convivência e companheirismo, construímos novas amizades.

As colegas de profissão, do Setor de Serviço Social do CEMETRON, pela amizade, apoio e compreensão, em especial Francisca, Letônia e Núbia.

A colega de trabalho Célia Garcia, que compartilhou momentos de estudos e aprendizagem sobre o tema escolhido.

A Helena de Jesus Abreu Araújo, amiga e companheira de luta, pela compreensão e liberação de alguns compromissos acadêmicos.

A Diretoria da Unimed RO, em especial Dr. Sidrack Gomes pela compreensão e negociação de horários de trabalho, em momentos fundamentais para este estudo.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a materialização desse trabalho, agradeço principalmente pela oportunidade de amadurecimento profissional pelo qual estou passando, o que reflete positivamente no desempenho como profissional da saúde, que compartilha da necessidade de práticas direcionadas pelos sentidos da integralidade.

## **LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS**

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
BR	Nomenclatura para Rodovia Federal.
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa.
CEMETRON	Centro de Medicina Tropical de Rondônia.
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
CTI	Centro de Terapia Intensiva.
DOE	Diário Oficial do Estado.
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública.
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente.
RDC 50	Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem.
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TELE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UNIR	Universidade Federal de Rondônia.
UTI	Unidade de Terapia Intensiva.

## LISTA DE QUADROS

Quadro I – Perfil dos profissionais que participaram do estudo, segundo gênero, faixa etária, estado civil, tempo de profissão e de atuação no local do estudo, regime de trabalho e a qualificação profissional. UTI CEMETRON, 2013.

Quadro II – Demonstrativo das dificuldades encontradas no processo de trabalho, agrupadas por tema, conforme a equipe multiprofissional. UTI CEMETRON, 2013.

Quadro III - Demonstrativo das facilidades encontradas no processo de trabalho, agrupadas por tema, conforme a equipe multiprofissional. UTI CEMETRON, 2013.

Quadro IV – Demonstrativo das sugestões apresentadas pela equipe multiprofissional para melhorar o processo de trabalho. UTI CEMETRON, 2013.

## RESUMO

A integralidade como eixo norteador do SUS é entendida com um sentido polissêmico, e uma das possibilidades de sua objetivação é nas ações dos profissionais que realizam os cuidados. Em um microcosmo como uma UTI, onde o convívio de equipes multiprofissionais, implica no convívio de diversos saberes especializados, a integralidade constitui-se em desafio na construção de práticas de assistência integral aos pacientes em risco de morte. O estudo teve como objetivo analisar o processo de integralidade do cuidado ao paciente internado na UTI do Hospital CEMETRON, a partir do ponto de vista das equipes de trabalho que prestam assistência. A pesquisa se caracteriza como um estudo de caso, insere-se na abordagem qualitativa, e utilizou entrevistas semiestruturadas como instrumento de coleta de dados. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais das diversas categorias que trabalham na UTI: três médicos, três enfermeiras, três técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta, um assistente social, um psicólogo e um nutricionista, totalizando treze entrevistados. Para descrever e interpretar as respostas obtidas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Conforme a proposta metodológica da pesquisa foram estabelecidas três categorias de análise: O perfil dos profissionais; A fragmentação do processo de trabalho coletivo na UTI; e, A integralidade como ideal da equipe multiprofissional da UTI. Os resultados apontaram para o perfil da equipe com a maioria do gênero feminino, casadas e trabalham em regime estatutário, e apresenta experiência de trabalho em UTI; a grande maioria dos profissionais possui cursos de pós-graduação em saúde, e alguns em UTI. O processo de trabalho descrito pelos entrevistados se caracteriza pela fragmentação na maioria das ações, baseado na convivência de várias especialidades, cada um fazendo a sua parte, muitas vezes suscitando conflitos nessas relações, os profissionais reconhecem práticas mecanicistas e demonstram preocupação em prestarem boa assistência e humanizada ao paciente, alguns reconhecem a necessidade de direcionar ações de acolhimento às famílias dos pacientes, transparecendo um entendimento do paciente como ser bio-psico-social. A percepção de integralidade pelos profissionais foi apresentada como ideal, na realização do cuidado por equipes de trabalho, cada um fazendo sua parte para atender o paciente como um todo. Para alcançar a prática ideal, os entrevistados identificaram as dificuldades para a operacionalização, e destacaram a falta de apoio da direção e gerência no que se referem à estrutura física, recursos humanos e condições de trabalho; alguns profissionais reclamam por relações interprofissionais com mais diálogo, e falta de apoio na operacionalização da assistência, mais especificamente na realização de exames de diagnóstico, falta de especialidades médicas, falta de médico diarista e maior suporte no transporte de paciente. As facilidades existentes foram apontadas por alguns profissionais pelas relações interpessoais dialogadas, conhecimento técnico e compromisso profissional. As sugestões foram direcionadas para melhorar a estrutura física, principalmente a construção de uma nova UTI com recursos humanos e condições de trabalho; práticas humanizadas; melhoria das relações interpessoais e os diálogos; treinamento, capacitação e melhoria da operacionalização da assistência no que se refere a necessidade de médicos especialistas e médicos diaristas. A integralidade foi expressa pelo desejo, pela vontade da equipe prestar assistência para atender todas as necessidades do paciente, embora isso não ocorra na realidade, mas entende-se que se os profissionais nos seus espaços de trabalhos construir e reconstruir suas práticas a partir do ideal da integralidade será possível o desejo se aproximar do real.

**Palavras chave:** Integralidade; Cuidado em UTI; Processos de Trabalho, Equipe Multiprofissional.



## **ABSTRACT**

The comprehensive care as a guideline of SUS is understood as with a polysemic sense, and is in the actions of professionals who accomplish the care that this action could materialize. In a microcosm like an ICU, where the interaction of multidisciplinary teams, implies several specialized knowledge, the comprehensive care constitutes a challenge in of building of integral practical assistance to patients at risk of death. The study aims to analyze the process of comprehensive care, for the patients in the ICU of the Hospital CEMETRON , from the point of view of work teams providing assistance. The research was characterized as a case study, inserts in the qualitative approach, and made use of semi-structured interviews, as an instrument of data collection. The study subjects were professionals from various professional categories working in the ICU, a total of thirteen professionals, so specified : three doctors , three nurses , three nursing technicians , a physiotherapist , a social worker , a psychologist and a nutritionist. To describe and interpret the answers obtained was used the technique of content analysis. As the methodological approach of research, were established three categories of analysis: The profile of the professionals; the fragmentation of process of collective work in the ICU, and comprehensive care as the ideal of multidisciplinary team of the ICU. The results pointed to the profile of the team, with most of the female gender, married and working in statutory regime, and have experience working in ICU the vast majority of staff have post-graduate courses in health, and some in the ICU. The work process described by respondents is characterized by fragmentation in most actions, based on the coexistence of various specialties, each doing their part, often leading to conflicts in these relationships, the professionals recognize mechanistic practices and demonstrate concern in providing good service and humanized to the patient, some acknowledge the need to target host shares the families of patients, exuding an understanding of the patient as being bio-psycho-social. The perception of comprehensive care by professionals was presented as ideal, in the realization of care by working teams, each doing their part to meet the patient as a whole. To achieve the ideal practice, respondents identified the difficulties for the operationalization, and highlighted the lack of support from direction and management with regard to infrastructure, human resources and working conditions , some professionals claim by interbranch relations with more dialogue , and lack of support in the operationalization of care, more specifically in diagnostic exams, lack of medical specialties , lack of medical diarist and greater support in patient transport. Existing facilities were highlighted by some professionals dialogued by interpersonal relationships, technical expertise and professional commitment. The suggestions were aimed at improving the physical infrastructure, mainly the construction of a new ICU with human resources and working conditions; humanized practices, improvement of interpersonal relationships and dialogues , training and capacity building and improving the operationalization of assistance with regard to needs of medical experts and doctors laborers . Comprehensiveness was expressed by desire, will assist the team to meet all the needs of the patient , although this does not happen in reality, but it is understood that if the professionals in their workspaces to build and rebuild their practices from the ideal comprehensive care, you can desire to become real.

**Keywords :** Comprehensive care; ICU Care, Work Processes, multiprofessional team.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	12
1.1.Objetivos.....	13
1.1.1.Objetivo Geral: .....	13
1.1.2.Objetivos Específicos: .....	13
1.2 Estrutura do Trabalho .....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 A Busca de Entender a Integralidade e seus Significados.....	15
2.1.1 Processos de Trabalho sob o Ponto de Vista da Integralidade .....	19
2.1.1.1 Processos de Trabalho em Saúde e Equipes Multiprofissionais.....	21
2.2 Forma de Pensar o Hospital na Perspectiva da Integralidade do Cuidado .....	24
2.2.1 A UTI como Espaço de Trabalho Integral.....	28
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	32
3.1 Caracterização do Estudo .....	32
3.1.1 O Local do estudo .....	33
3.1.2 O Hospital CEMETRON: Um Breve Histórico .....	34
3.2 Sujeitos e Demais Fontes de Dados.....	36
3.3Critérios Éticos .....	38
3.4 Tratamento e Análise dos dados.....	38
4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	41
4.1- O perfil dos Profissionais .....	41
4.2 A Fragmentação do Processo de Trabalho Coletivo na UTI. ....	44
4.3 A Integralidade como Ideal da equipe Multiprofissional da UTI.....	56
4.3.1 Percepção da Integralidade do Cuidado.....	57
4.3.2 Dificuldades e Facilidades-Sugestões de Trabalho da equipe da UTI.....	60
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	70

5.1 RECOMENDAÇÕES.....	71
6. REFERÊNCIAS .....	73
Apêndice A - Roteiro para Entrevista com os profissionais	
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento	
Apêndice C - Carta de Aprovação do CEP	

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde-SUS instituído pela Constituição Federal de 1988 representa um avanço do Estado brasileiro na questão da saúde, alçada à condição de direito de todos e dever do Estado, resulta de históricas lutas democráticas, por uma sociedade mais justa, expressa pelo movimento da reforma sanitária aliado a intelectuais e militantes de outros movimentos sociais que discutiam criticamente o sistema de saúde, as instituições e as práticas de saúde (MATTOS, 2003).

Falar de integralidade, enquanto princípio do SUS, não é tarefa fácil, e mais complexo ainda é compreender os sentidos que subjazem em suas ideias principais transformadas em práticas. Trata-se de um preceito legal que estabelece valores sociais, e direciona as práticas no cotidiano dos profissionais da rede pública de saúde, os quais em sua essência, são contrários aos valores individuais de uma sociedade capitalista, como é o caso do Brasil, onde, “o Estado do Bem-Estar Social e a produção capitalista cunharam um usuário servil, voraz e individual” (NETTO; CARVALHO, 2011, p.54).

A integralidade, enquanto princípio do SUS, concebe a saúde como resposta do Estado brasileiro às necessidades da população com o estabelecimento de uma política pública, em que a satisfação da saúde é entendida em outro patamar, com valores que necessitam de (des) construção e (re) construção das relações de todos envolvidos.

O Princípio da Integralidade neste trabalho foi refletido com o foco no ambiente hospitalar, mais especificamente em UTI que atende pacientes através do Sistema Único de Saúde, em Porto Velho-RO. O espaço onde a pesquisa foi desenvolvida traduziu muitos conflitos e consensos em busca de valorização dos profissionais, e práticas integrais.

A integralidade como um dos princípios norteadores de toda a produção do cuidado tem sido objeto de vários estudos prioritariamente no âmbito da atenção primária, assim sendo, considera-se relevante os trabalhos que busquem investigar a integralidade na produção de cuidados no contexto hospitalar como observado abaixo:

Ressalta-se que a integralidade é um dos princípios que norteia não apenas as práticas realizadas nas unidades de saúde, mas toda a produção do cuidado nas instâncias do SUS. Assim, justifica-se a relevância de se investigar a integralidade com base na visão de profissionais de saúde que atuam no contexto hospitalar, tendo em vista que a maioria dos estudos relacionados a essa temática têm sido realizados no âmbito da atenção primária. (SANTOS *et al*, 2009, p.4)

O estudo da integralidade no âmbito hospitalar é também evidenciado pelos autores Cecílio e Feuerwerker (2007) que no conceito mais ampliado de saúde, práticas integrais, não são atributos da atenção básica, a integralidade deverá se fazer presente, nos processos de trabalho dos hospitais.

Práticas essas realizadas no cotidiano que, em concordância com Netto e Carvalho (2011), “é na vida cotidiana que se consolidam e se perpetuam ou se transformam, no mundo moderno, as condições de vida mais amplas. É nela e sobre ela que realizamos nossa prática.” Diante dessa afirmativa, se faz necessário investigar a prática profissional nos espaços cotidianos de saúde.

Assim, a proposta do estudo foi analisar os processos de trabalho dos profissionais a partir do entendimento da Saúde, não limitada à ausência de doença, mas como um conceito mais amplo envolvendo aspectos relacionais em níveis econômicos, jurídicos e sociais (políticos).

## **1.1.Objetivos**

### **1.1.1.Objetivo Geral:**

Analisar o processo de integralidade do cuidado ao paciente internado na UTI do Hospital CEMETRON, a partir do ponto de vista das equipes de trabalho que ali prestam assistência.

### **1.1.2.Objetivos Específicos:**

1-Conhecer o processo de trabalho das equipes multiprofissionais que prestam assistência ao paciente, tendo em vista a integralidade;

2-Descrever as configurações da integralidade do cuidado ao paciente;

3-Detectar as facilidades e dificuldades das equipes profissionais para o exercício da prática de um cuidado integral ao paciente.

## **1.2 Estrutura do Trabalho**

Para apresentar os resultados desse estudo, o trabalho foi estruturado em quatro capítulos: Referencial Teórico, inicialmente a integralidade é refletida não apenas como uma diretriz do SUS é discutida pelos autores como tendo diversos significados, e não há a pretensão de conceituá-la para não lhe imprimir um reducionismo na compreensão e

efetivação. Em seguida a essa acepção são discutidos os processos e trabalho, a luz do entendimento do valor do trabalho no contexto social, transparecendo a concepção das relações de trabalho numa sociedade capitalista e suas contradições, e como esses processos ocorrem na área de saúde, em equipes multiprofissionais.

Considerando que o estudo se deu em ambiente hospitalar, em uma Unidade de Terapia Intensiva, foi dedicado um ítem para compreender o papel social do hospital, seu nascimento, e a mudança de concepção na contemporaneidade.

Na trajetória metodológica se apresenta a caracterização do estudo que se configura como um estudo de caso com abordagem qualitativa, e para interpretação dos dados utilizou-se o método análise de conteúdo, foi feito um breve histórico do estado de Rondônia para contextualizar o Centro de Medina Tropical de Rondônia, como um hospital de referência para tratamento de doenças infectocontagiosas, fazendo um breve recordatório de sua história e da UTI.

A apresentação dos dados seguiu a dinâmica metodológica com o estabelecimento de três categorias de análise: O perfil dos profissionais; A fragmentação do processo de trabalho coletivo na UTI; A integralidade como ideal da equipe multiprofissional da UTI. Cada categoria foi analisada conforme o método escolhido e ao final encerra-se com as considerações finais de maneira bem objetiva e algumas recomendações.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A Busca de Entender a Integralidade e seus Significados

Para iniciar a análise sobre o significado de integralidade recorre-se a sua etimologia composta pela palavra integral, a qual no dicionário corresponde às acepções de “total, inteiro, global” (FERREIRA, 1986, p.773). Algo que não se divide em partes. O termo integralidade logra de muitos estudos atualmente na área da saúde, serve para designar o atendimento integral, e mesmo com suas singularidades, amplitude e complexidade, não difere da essência vista no dicionário, que é a indivisibilidade.

No Brasil, a ideia de integralidade ganha força a partir de um conceito ampliado de saúde engendrada no ideário do movimento da reforma sanitária, o qual teve seu início nos anos 70 e se tratava do conjunto de reivindicações do movimento dos trabalhadores da saúde – que junto com outros movimentos plasmaram um ambiente para grandes transformações políticas – o mesmo muito contribuiu na discussão sobre a saúde no Brasil, a partir das principais ideias-forças:

a) o modelo de democracia-utopia igualitária (universalidade, equidade), a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão democrática; b) a proposta de reconceitualização da saúde: reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população; c) a crítica às práticas hegemônicas de saúde: proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde. (FEUERWERKER, 2007, p.93).

Tal movimento legítimo, encampado no final do período ditatorial no Brasil, levou de forma contundente essas ideias para a formulação da política de saúde iniciada com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 194, estabelece “a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social” (BRASIL, 1998).

A decisão política, entretanto, não reúne condições materiais para sua efetivação, segundo Pinheiro (2009) a política econômica do País pautada na concentração de riquezas fragiliza a vida social que tende a uma maior procura por serviços de saúde pela população, expressão da contradição de uma economia capitalista pautada no atavismo da liberdade contratual e do lucro, que avança tecnologicamente, inclusive, na área da saúde, mas sustentada em desigualdades e exclusão; vem a ser um escolho ao princípio da integralidade

adotado legalmente como norte da inclusiva reorganização dos serviços de saúde que a concebe como direito, e como instância de cidadania pela participação da comunidade em sua gestão.

Portanto, esse modelo organizacional estabelecido legalmente não atinge sua concreção, em razão dos interesses contrários a sua implantação, demandando articulação ou disputas de dois setores fundamentais para efetivação desse acesso universal, igualitário e integral à saúde pela população: o social e o econômico, o primeiro, pautado no ideário da reforma sanitária e o segundo ligado aos interesses do mercado e da medicina privada. Dentre as dificuldades de avanço do SUS como política social, destaca-se “(...) afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde” (BRAVO, 2009, p.101).

A Carta Magna se configurou em um marco para a democratização da saúde no Brasil, estabelecendo “a universalização do direito à saúde; descentralização com direção única para o sistema; integralidade da atenção à saúde e participação popular visando ao controle social”, (BRASIL, 1998), mas somente após a vigência das Leis 8.080/90 e 8.142/90, que dispõem, respectivamente, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, e sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, o Estado brasileiro passou a se organizar no sentido da implantação e implementação dos seus preceitos, dentre eles os princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade.

A integralidade, enquanto preceito legal, se constitui como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). A compreensão do princípio da integralidade é tema de reflexão dos pesquisadores da área da saúde, alguns autores, que dão sustentação ao presente estudo, produziram trabalhos com o intuito de embasar cientificamente as práticas dos profissionais de saúde para a efetivação desse princípio, e, considerada a complexidade da integralidade proclamada, concebem-na a partir de sentidos e eixos, tais autores não a definem enquanto conceito no declarado intuito de fugir de reducionismos ou limitações.

Mattos (2004) teoriza a integralidade como sendo uma bandeira de luta, gestada no interior do movimento da reforma sanitária, que encampou a luta por melhores condições de



vida e de trabalho na saúde e formulação de política pública, entendida como luta por valores de uma sociedade justa e solidária. Reconhece na integralidade um caráter polissêmico e identifica três conjuntos de sentidos:

- ✓ No primeiro conjunto de sentidos, diz respeito às práticas dos profissionais de saúde, como traço da boa medicina a integralidade é um valor presente nas práticas dos profissionais de saúde, na forma como respondem aos pacientes que os procuram, fundamentada em uma conduta: tendente à cura do paciente, mas que extrapole a atenção ao aparelho biológico em disfunção que causa o sofrimento; que estabeleça um momento de diálogo onde possa reconhecer além da causa imediata do sofrimento outras necessidades relacionadas à saúde do paciente; marcada por práticas preventivas que não interfiram na vida privada das pessoas propiciando a medicalização e sugerindo modo de vida mais saudáveis, supostamente mais capazes de impedir o adoecimento.
- ✓ O segundo conjunto de sentidos se relaciona com a organização dos serviços e das práticas de saúde concebidas a partir de uma atividade horizontalizada, superando a antes existente dicotomia entre a saúde pública (nitidamente epidemiológica) e assistência médica (apreendida quase exclusivamente sob perfil de morbidade). A integralidade, nesse sentido, está na articulação de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde; e na organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.
- ✓ E o terceiro conjunto de sentidos se refere às políticas especiais, pensadas como resposta governamental para um determinado problema de saúde específica, ou para atender a um determinado grupo populacional que sofre determinado agravo de relevância epidemiológica, de forma a garantir atendimento de forma contínua entre os diferentes níveis do sistema.

Também, Ayres (2009), segue em concordância com a ideia da inconveniência de se dar um sentido unívoco à integralidade, pela inibição da consideração de diversas ideias, sujeitos e objetos que se relacionam segundo essa categoria. O autor aponta quatro eixos que se relacionam entre si, mas são interdependentes, e nenhum deles pode ser reduzido aos demais; identifica nesses eixos, os principais impulsos que norteados pela ideia de integralidade tendem ao diálogo entre as diversidades e tensões cotidianas na atenção à saúde.

O eixo das necessidades envolve a qualidade do atendimento do paciente, sua escuta, acolhimento e respostas a sua demanda; o impulso predominante é o desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de responder a necessidades constatadas, e não somente às de prevenção, correção e recuperação do corpo.

O eixo das finalidades trata da integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e recuperação da saúde; o sentido dominante é dar um mesmo escopo teleológico às ações, pautado na racionalização de meios fins e no conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades.

O eixo das articulações diz respeito ao modo que se relacionam os saberes interdisciplinares, as equipes multiprofissionais e ações intersetoriais; o propósito é criar um ambiente propício à geração da resposta efetiva às necessidades de saúde, para além da queixa, sem descuidar desta.

O eixo das interações refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; o impulso aqui é construir condições efetivamente dialógicas entre os participantes da relação que é o atendimento, estofo das aspirações dos outros eixos.

A análise de integralidade feita por Viegas (2010), a partir de uma visão universalizante e polissêmica, reconhece a busca pela integralidade: 1) na oferta e na articulação em rede das ações de saúde e saberes e setores em toda sua complexidade; 2) na superação da fragmentação das práticas das especialidades e mudança do foco da assistência médica; 3) e, no que brota das relações intersubjetivas dos sujeitos, dos fatos e atos que organizam os serviços de saúde das formulações de políticas que fundamentam a prática desse princípio doutrinário do SUS em suas múltiplas faces na denominada assistência integral à saúde.

Atender as necessidades de saúde de maneira integral se constitui em enorme desafio para o setor de saúde, mas sempre é perseguido como busca do ideal de melhoria das condições de vida das pessoas, para Camargo Jr (2003):

O termo integralidade, o que parece mais adequado neste momento é tomá-lo não como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir. Algo como ideal de objetividade para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar (p.40).

Em concordância com as acima citadas maneiras de se conceber a integralidade a qual envolve os vários aspectos da saúde, ou seja, a promoção, prevenção, e reabilitação das pessoas de forma articuladas em serviços de saúde, Campos (2003, p.577) destaca: “A

garantia do princípio da integralidade, em suma, implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes.”

Assim, entendendo a integralidade num sentido polissêmico, concebe-se sua materialização através das práticas profissionais nos processos de trabalho de diversos espaços que prestam assistência a saúde, nos vários graus de complexidade.

### *2.1.1 Processos de Trabalho sob o Ponto de Vista da Integralidade*

O trabalho enquanto categoria é atividade humana intencionalmente direcionada, que intervindo na natureza, obtêm a satisfação de suas necessidades, garantindo as condições materiais de existência e reprodução da sociedade. O trabalho se caracteriza por ser uma relação mediada, que se estabelece entre quem o executa (homens em sociedade) e seu objeto (o fim a ser alcançado). Seja um machado de pedra lascada ou uma perfuradora de poços de petróleo com comando eletrônico entre o sujeito e o fim a ser alcançado há sempre um meio de trabalho, que torna mediada a relação de ambos. (NETTO, 2012).

A partir dessa percepção de trabalho como atividade dirigida por uma finalidade, e mediada por instrumentos, afirma o mesmo autor que,

A criação de instrumentos de trabalho, mesmo nos níveis mais elementares da história, coloca para o sujeito do trabalho o problema dos meios e dos fins (finalidades) e, com ele, o problema das escolhas: se um machado mais longo ou mais curto é ou não adequado (útil, bom) ao fim a que se destina (a caça, a autodefesa etc). (NETTO, 2012, 44).

Nesse processo de trabalho estão presentes três dados, a atividade direcionada que é o trabalho mesmo, o objeto que é o fim a ser alcançado, e os meios necessários para a concretude. No setor saúde, o objeto é a satisfação das necessidades humanas de saúde (o fim a ser alcançado através da ação do trabalhador), e os meios do trabalho, os instrumentos pelos quais o trabalhador coisifica (torna produto) o objeto. Os instrumentos no processo de trabalho em saúde são de duas ordens materiais e não materiais, instrumentos materiais são os equipamentos, material de consumo, medicamentos etc, e imateriais são os saberes que possibilitam arranjos entre os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais, e também a percepção do objeto de trabalho (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2009).

A operatividade da integralidade pressupõe a centralidade do processo do trabalho no usuário, e as práticas de trabalhadores, usuários e gestores, a partir dessa finalidade, garantam

a eficácia e eficiência dos serviços de saúde; entretanto, a inserção da integralidade no cotidiano dos serviços constitui o principal desafio para a integralidade em saúde, Franco *et al* (2009).

Segundo Faria *et al* (2009, p.21) “o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho”. Na área da saúde, os autores estabelecem como elementos do processo de trabalho: os agentes ou sujeitos que definem os objetivos e finalidades que podem ser individuais ou coletivos. Esses agentes se utilizam de meios e condições (meios físicos, conhecimentos e habilidades dos profissionais) gerando resultados na saúde das pessoas (objetos de trabalho). Todos esses elementos devem ser compreendidos de maneira articulada, dinâmica e contextualizada.

Essa ideia de integralidade como construção coletiva expressa nas relações profissionais da produção do cuidado em saúde, torna-se visível quando a equipe e os serviços demonstram resolubilidade através de discussões permanentes, capacitação, utilização de protocolos e reorganização dos serviços, na construção de novas tecnologias de atenção aos usuários, sendo essas tecnologias não restritas aos níveis de atenção. A complexidade não seja dada pelo grau de hierarquização dos espaços e procedimentos, mas sim pelos recursos cognitivos, materiais e financeiros que reúne (PINHEIRO, 2009).

Nessa direção Pinheiro e Luz (2003) afirmam que é:

Necessário assumir a integralidade como eixo norteador de novas formas de agir social em saúde e, por que não, de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação de desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais ( p.20).

Essa tão buscada consolidação dos preceitos da saúde pública no Brasil, engendrada pelo movimento da reforma sanitária só será possível através das práticas profissionais, na organização dos processos de trabalho, pois as ações podem manter ou transformar a realidade, “a organização do processo de trabalho em saúde tanto contribui para a manutenção do modelo hegemônico, como constitui um campo profícuo para a construção de dispositivos de mudança com relação à lógica instituída na produção de cuidados de saúde.” (SANTOS, *et al*, 2009, p.3)

A integralidade pode ser compreendida como atenção integral, com uso de todas as tecnologias possíveis, por meio do trabalho de equipe multiprofissional inserida na rede do sistema de saúde contemplando a transversalidade e tendo como estratégia a gestão

micropolítica, compartilhada por todos os atores envolvidos na produção do cuidado de forma horizontal (CECÍLIO e MERHY, 2003).

Essa concepção sobre a integralidade envolvendo o trabalho em equipe, Oliveira e Maruyama (2009) abordam como um compromisso profissional que ultrapassa a dimensão da doença, mas considera outros aspectos que se relacionam e influenciam, num agir ético propositivo para a emancipação dos profissionais e pacientes visando à qualidade de vida.

A concepção de mudança de posturas profissionais em direção a atenção integral implica num pensamento crítico da realidade pelo profissional que através da assimilação de outros referenciais possa compreender e reconstruir suas ações, reconhecer suas balizas profissionais para responder às necessidades de saúde da população, portanto, as mudanças alcançam as relações de poder entre os atores, profissionais em suas especialidades e entre estes em relação aos usuários. A integralidade requer novas práticas (assistenciais, preventivas e de promoção) em todos os espaços que prestam atenção à saúde de acordo com a realidade vivida pelos indivíduos na sua coletividade, pois segundo Pauli (2007),

O olhar crítico do profissional sobre a realidade, compreendendo a pessoa (do usuário) em sua totalidade, de maneira em que suas necessidades serão percebidas de maneira ampliada, que ultrapassam a área específica da saúde, sendo necessária articulação com outras atividades assistenciais, preventivas e de promoção de saúde (p.53).

Nessa rápida reflexão observa-se que as direções do entendimento de integralidade tendem a uma ideia comum estruturante desse princípio, a de que seus vários sentidos buscam ampliar a compreensão na perspectiva de mudanças ideológicas e éticas nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, procurando valorizar e enriquecer suas condutas durante a prática profissional.

#### *2.1.1.1 Processos de Trabalho em Saúde e Equipes Multiprofissionais*

As mudanças ocorridas no sistema de saúde no Brasil com a implementação do SUS demandam por novas formas de organização de trabalho e seus processos, para tanto, é imperioso a identificação dos vários componentes e suas relações nos processos de trabalho atualmente existentes, fortemente baseados no modelo biomédico.

A partir da tipificação do trabalho em equipe de duas maneiras, equipe como agrupamento de agentes, com justaposição das ações, que realiza trabalho de maneira fragmentada; e equipe como integração, o trabalho dos membros da equipe se dá de forma

articulada entre as diversas intervenções. Pode-se observar a diferenciação técnica dos trabalhos especializados e atribuição desigual de valor aos diversos trabalhos, que ultrapassa a condição de especialidade técnica para a hierarquia gerando tensões entre os membros da equipe (PEDUZZI, 2001).

No processo de trabalho da saúde, necessariamente a discussão passa por prestação de serviços com uma característica muito peculiar – o objeto de trabalho é outro sujeito, e a equipe executa ações que modificam o estado ou a condição do outro, sendo necessária a comunicação entre esses sujeitos, no estabelecimento de parceria, de relação de confiança e cooperação, sendo os profissionais e equipes de saúde os protagonistas de todos os processos de trabalho.

Nesta perspectiva, a reflexão sobre o próprio processo de trabalho na efetivação de boas práticas, por cada profissional, pode fazer a diferença, considerando suas finalidades. “Essa reflexão é uma tendência da gestão contemporânea e, ao mesmo tempo, um possível instrumento de transformação das relações e práticas profissionais” (FARIA *et al*, 2009, p.46).

Compartilha-se também com Merhy e Franco (2008) que

o trabalho em saúde se realiza através do trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram certo sentido no modo de produzir o cuidado. (p.430).

Os autores também discutem que o trabalho em saúde é sempre coletivo, considerando que não há profissionais que atendam todas as necessidades de saúde, o trabalho dos profissionais é sempre complementado pelos outros na operacionalização do cuidado, utilizando as tecnologias leves, leves-duras ou duras. Nesse cenário se estabelece as negociações e mediações na prática desses profissionais, podendo muitas vezes ser estruturadas a partir de conflitos vivenciados no cotidiano (MERHY e FRANCO, 2008).

Esse entendimento do trabalho em saúde ser realizado de forma coletiva e reconhecendo a existência das tensões que envolvem as relações profissionais, remete para a discussão dos conceitos: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, os quais muitas vezes são utilizados no cotidiano pelos profissionais sem uma compreensão mais ampla e definida.

O trabalho multiprofissional está estritamente relacionado aos diferentes processos de trabalho de forma integrada, preservando as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho de forma articulada para realização das ações inerentes a cada membro da equipe, porém, a fragmentação da assistência ao cuidado em saúde se constitui em problema na capacidade de resultados mais eficientes, trazendo ao “centro da cena a temática da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, que no trabalho em saúde liga-se à necessidade de se organizarem os serviços em equipes multiprofissionais, ao invés do trabalho individual e isolado de cada profissional” (PEDUZZI, 2007, p.28).

A interdisciplinaridade é uma categoria presente na área de discussão do desenvolvimento das ciências sociais e das práticas de saúde, que também enfrenta contradições postas pelo avanço das disciplinas isoladamente cuja tendência é o reforço da fragmentação. Embora muito se fale em práticas interdisciplinares, são evidenciados muitos óbices na sua reificação, pois os processos de trabalho são fragmentados, em que cada profissional realiza seu trabalho independente dos demais, impedindo a realização de um trabalho em saúde integral e de melhor qualidade, havendo necessidade de práticas na perspectiva multiprofissional, interprofissional e transdisciplinar (MATOS *et al*, 2009).

A transdisciplinaridade é entendida como uma nova organização, ampliando as formas de trabalhos, vista como processos de negociação, sem pensamento único, mas com diversidades de pensamento, nos vários aspectos da realidade, que decorre do desenvolvimento da ciência e na complexidade humana e suas contradições. A transdisciplinaridade se destaca como sendo uma forma de responder a novas expectativas do homem na transposição e integração do modelo atual, numa relação mais ampliada entre o objeto e o sujeito (PAUL, 2005).

Nesta rápida abordagem sobre multi, inter e transdisciplinaridade entende-se que a multidisciplinaridade se restringe a práticas reducionistas e fragmentadas entre vários profissionais; a interdisciplinaridade concebe a articulação entre diversos profissionais sem valorização de uma em relação às outras em torno de uma mesma problemática, enquanto que a transdisciplinaridade vai além dessa concepção, são novas formas de ver o mundo, envolvendo a articulação de diversas disciplinas sendo coordenadas pelas finalidades, e não por profissionais.

Nessa perspectiva os processos de trabalho passam da fragmentação e do trabalho individualizado para trabalho integral, propício às mudanças das práticas de saúde e dos

valores implícitos, orientados pela integralidade, intersubjetividade e interdisciplinaridade da saúde (PEDUZZI, 2007).

Para a sustentação deste estudo, há concordância com os autores que consideram o trabalho em equipe dinâmico, podendo se configurar tanto como um simples agrupamento de profissionais ou como equipes integradas, mas para o desenvolvimento das boas práticas em saúde é necessário o fortalecimento da produção de equipes integradas, na perspectiva do trabalho transdisciplinar.

## **2.2 Forma de Pensar o Hospital na Perspectiva da Integralidade do Cuidado**

Toda a complexidade que envolve a integralidade se apresenta mais latente em um ambiente hospitalar, enquanto espaço que utiliza outros equipamentos de saúde (instrumentos, saberes) inerentes à sua função cuidadora.

Para se iniciar uma análise sobre hospital é necessário remeter a seu surgimento, posto que nem sempre teve seu funcionamento com os objetivos atuais, de ser instrumento terapêutico de intervenção entre doença e o doente. O hospital como instrumento terapêutico é algo relativamente novo que data do final do séc. XVIII. Antes, o hospital era uma instituição de assistência, mas também de separação e exclusão social dos pobres, o hospital na realidade era uma instituição cujo foco principal não era a cura de doentes, mas essencialmente, se tratava de prestar atendimento ao pobre que estava morrendo. Nessa época, o hospital era o local de encontro do pobre e os beneméritos religiosos que estavam ali para prestar conforto material e espiritual no sentido de salvar a alma do enfermo, concomitantemente, conseguir a sua própria salvação. Aliada a essa função, o hospital ainda cumpria a função de separar as pessoas perigosas do convívio da sociedade, as quais representavam perigo à saúde geral da população (FOUCAULT, 1992).

Na história recente do Brasil, segundo Rehem (2002) antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde desenvolvia suas ações basicamente na promoção da saúde e prevenção de doenças, com ênfase na imunização com as vacinas e controle das endemias. Na assistência à saúde, o governo federal oferecia atendimento por alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além dos serviços da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste.



Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade. (REHEM, 2002, p.11)

O autor ainda afirma que nesse passado da história do País, a assistência a população estava a dividida em três grupos: os que podiam pagar; os trabalhadores que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS<sup>1</sup>, e os que não tinham direito.

É apontado por Louzada *et al* (2008), que no passado o hospital foi considerado um local onde se amontoavam os doentes pobres, sendo sua função mais social do que terapêutica, não havia preocupação em humanização hospitalar, entretanto, os hospitais contemporâneos são reconhecidos como centro de formação médica e de investigação biossocial, não pode faltar humanização, por ser o local de maior percepção do sofrimento e força dos indivíduos na luta contra a morte, nesse sentido, conclui:

Hospital é um todo que busca proporcionar a manutenção do bem-estar físico, social e mental do ser humano (...) Por tudo o que acontece em um hospital, pode se dizer que ele é um retrato da fragilidade física do indivíduo, sendo ao mesmo tempo um espaço de busca e luta contra os seus males e problemas (LOUZADA, *at al*, 2008, p.69).

Nessa conceituação de hospital há a concordância com as autoras no entendimento de que a humanização deve atuar no ambiente hospitalar como forma de amenizar a dor e o sofrimento dos pacientes, e, traz a possibilidade de diminuir a permanência desses pacientes internados, resultando em menores custos no atendimento dos mesmos.

O hospital possui um conceito hegemônico de ser um mundo à parte, autocentrado e autossuficiente no cuidado à saúde, portanto, é um espaço de grandes tensões dentro da política de saúde, que se constitui baseada no modelo linear do cuidado, faz uso de tecnologias duras e leves duras<sup>2</sup>, em sua maioria em detrimento do uso de tecnologias leves, estas últimas são traduzidas pela escuta, vínculo e responsabilização. Esta combinação do uso inadequado das tecnologias dificulta o cuidado de forma integral, direcionando uma prática que valoriza os procedimentos e não as pessoas (CECÍLIO e FEUERWERKER, 2007).

Esses autores aprofundam a discussão a respeito da responsabilidade do hospital em prestar assistência de maneira integral conforme preconizado pelo SUS, como eixo

<sup>1</sup> O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi o órgão responsável pela atuação na saúde, que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

<sup>2</sup> Tecnologias duras – especifica as ferramentas-máquinas que usamos, as *leve-dura* são os conhecimentos, os saberes profissionais, e as leves se caracterizam pelo encontro durante o trabalho nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1998)

organizador das práticas profissionais, estimulando valores tendo como premissa o conceito ampliado de saúde. A preocupação com a organização dos processos de trabalho, planos de cuidados feitos por equipes multiprofissionais que garantam a continuidade da atenção e autonomia dos pacientes e suas famílias, não estão restritos aos serviços de saúde da atenção básica, mas devem fazer parte de todos os espaços de atendimento, incluindo os hospitais.

Segundo Cecílio e Merhy (2003) A integralidade da atenção hospitalar pode ser problematizada a partir de dois ângulos: integralidade da atenção olhada no hospital e a partir do hospital. O cuidado no hospital depende do trabalho de equipes multidisciplinares, operando tecnologias para a concretização do cuidado.

O cuidado idealizado pelo paciente é o somatório de um grande número de cuidados parciais que vão se completando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital (CECILIO e MERHY. 2003, p. 198)

A integralidade da atenção no hospital é um importante ponto a ser refletido, pois o paciente internado apresenta um grau de fragilidade que extrapola as necessidades de exames e medicamentos. Sua maior necessidade é de cuidados de vários profissionais para o restabelecimento da saúde, e isto envolve práticas de vários saberes que no cotidiano recorrentemente se dão de forma fragmentada, estanques, contrárias ao princípio da integralidade, o qual demanda por trabalho multidisciplinar compartilhado e dialogado entre os diversos atores envolvidos nos cuidados do paciente.

Não se pode olvidar os efeitos que ocorrerem na vida das pessoas quando estas necessitam de assistência hospitalar, considerando ser um momento crítico, de fragilidade nos aspectos físico, psíquico ou social, tendo em vista os diferentes sentimentos causados pela alteração da rotina de vida das pessoas e familiares (OLIVEIRA e MARUYAMA, 2009).

Em que pese toda a discussão estabelecida diante da necessidade de se olhar o hospital de outra forma, sob a perspectiva da integralidade importa ainda um longo caminho a percorrer, principalmente no que se refere a mudança de práticas profissionais, principalmente na concepção existente ainda no Brasil, dado que os hospitais brasileiros cultivam o modelo assistencial curativo, mantendo a assistência à saúde centrada no atendimento médico, e suas

especialidades, o que favorece a fragmentação do cuidado e a medicalização da saúde (BRASIL, 2004).

As mudanças de posturas profissionais direcionadas a integralidade e humanização de práticas não ocorrem harmonicamente, mas trazem experiências individuais que podem ser traduzidas também em atitudes generosas de acolher, confrontadas com suas múltiplas percepções, compreensões de afeto compostas no cotidiano pela presença do trabalho coletivo, pressupõe a convivência exercitada através do diálogo e negociações para efetivar o cuidado desejado em saúde.

Os hospitais brasileiros são caracterizados por problemas relacionados à centralização do sistema de gestão, sem participação efetiva dos trabalhadores, organização do trabalho por categorias profissionais, o que propicia a organização dos processos de trabalho de forma fragmentada, além da estrutura marcada pelo poder técnico-burocrático, que em geral são direcionados, conforme Pasche (2013, p.35), “pela tradição médica, que tem ação disciplinadora, de ordenamento e controle do conjunto dos processos de trabalho”. Essa estrutura organizacional dos processos de trabalho nos hospitais produz hierarquia nas relações de trabalho baseadas em divisão de poder (desigual), que não valorizam as diversas experiências produzidas nos processos de trabalho.

Ainda em relação ao quesito das desigualdades vivenciadas no âmbito hospitalar, Pasche (2013) traz para o debate outros fatores que se somam nas relações do hospital, tais como remuneração, autonomia e liberdade dos trabalhadores, que para alguns acontecem de maneira ampla e positiva e para outros nem tanto, para isso, as maneiras de controle do poder administrativo e submissão se constituem como importante forma de interação entre as partes na instituição. As relações com os usuários e familiares tem se caracterizado também, pela falta de participação dos mesmos com relação à decisão dos cuidados a serem adotados, com dificuldades de acesso as informações e aos profissionais, principalmente ao médico.

Com isso não se desconhece a necessidade de hospitais de possibilitarem atendimento técnico científico que garantam a manutenção da vida, por outro lado concorda-se que o modelo de organização hospitalar baseado em assistência médica sanitária não comporta no atual sistema de saúde brasileiro fundado no atendimento integral ao paciente, “[...] essa integralidade de oferta de atenção só se concretiza em rede hierarquizada de serviços [...]” (PIROLO, 2008 p.24).

A autora afirma ainda, que na realidade brasileira, a missão dos grandes hospitais públicos é o atendimento de pacientes com necessidade de diagnóstico e tratamento de alta complexidade científica e tecnológica, o que necessariamente envolve a busca por leitos em UTI.

### *2.2.1 A UTI como Espaço de Trabalho Integral*

Segundo Biondi (2013), Pezza (2011) e Barra *et al*, (2006) o conceito de Terapia (cuidado) Intensiva (intensivo) nasceu através do trabalho de Florence Nightingale, que modificou os parâmetros do cuidado para os pacientes graves, inicialmente com os feridos de guerra. Esse processo teve início em meados de 1854, na guerra da Criméia, quando os feridos graves foram atendidos de forma diferenciada, em local separado dos demais. Nightingale treinou um grupo de mais trinta e oito enfermeiras voluntárias, as quais prestavam ajuda aos feridos, inferindo assim, o surgimento da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) nos moldes que se conhece atualmente.

Uma curiosidade relatada por Biondi (2013), é que Florence ficou conhecida como “Dama da Lâmpada”, durante a guerra da Criméia, pois com a lanterna na mão ela percorria os acampamentos hospitalares, atendendo os soldados que mais necessitassem. Com o desenvolvimento desse trabalho foram criados alguns procedimentos de enfermagem tais como a triagem e a observação intensiva, proporcionando um molde para a assistência de enfermagem ao enfermo crítico.

São destacadas três fases na evolução da UTI por Lino e Silva (2001), assim constituídas: 1) No final da década de 40 foram instaladas salas para recuperação de pacientes pós-cirurgias; 2) Entre 1940 e 1950 se evidenciou avanços para o suporte respiratório a pacientes graves, e 3) Na década de 50 surgiram grandes descobertas na área de monitorização eletrocardiográfica e em termos de desfibrilhação cardíaca.

No Brasil, a UTI foi criada na década de 70, “importando o modelo assistencial, processual e estrutural norte-americano, priorizando a assistência especializada e fundamentada em avanços tecnológicos de alto custo” (PIROLO, 2008, p.25), as consequências disso passaram pelas exigências e privilégios de conhecimentos profissionais na formação médica especializada para atendimento individualizado.

Tranquitelli e Ciampone (2007) estudam o surgimento da UTI na década de 70 do século XX, como sendo destinada a atender pacientes graves, mas recuperáveis e que

necessitam de atendimento permanente de médico e enfermagem especializada, pois são pacientes instáveis nas suas funções vitais e carecem de apoio de equipamentos especiais, diagnóstico e tratamento. Já na década de 80 se firma a preocupação em colocar os pacientes de acordo com suas necessidades, tendo em vista a possibilidade de dispor infra-estrutura capaz de um atendimento com qualidade.

Na concepção de Bettinelli e Erdmann (2009), as UTIs tiveram origem pela necessidade de adequação e aperfeiçoamento de condições dos espaços, bens materiais, recursos humanos com habilidades técnicas, científicas e humanas para o atendimento de pacientes graves, em estado agudo, recuperáveis. Explica que o local deverá possuir condições para observação, cuidados e amparo médico contínuos. Existe também, a concepção cultural da internação na UTI, de maneira geral há a crença, por parte da população, em achar que todo paciente que entra para atendimento na UTI, está fadado à morte. Ainda que não em todos os casos, faz-se necessário o profissional da área intensiva, ter a preocupação em educar a família e os próprios pacientes de que essa concepção cultural é errônea, mas há perigo de perda.

Segundo a Portaria 3.432/98 do Ministério da Saúde define que as UTIs são:

Unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica (BRASIL, 1998).

Na referida Portaria, o Ministério da Saúde no estabelecimento de critérios de classificação de funcionamento de UTI, destaca ainda, que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como espaço que envolve conhecimentos especializados e tecnologias diferenciadas, necessariamente requer trabalho de vários profissionais da saúde, com conhecimentos condizentes com o ambiente de realização de procedimentos de alta complexidade (BRASIL, 1998).

Nesse contexto, entende-se que na organização de atendimento hospitalar há um espaço destinado a cuidar de pacientes ainda mais graves, que necessitam de cuidados com maior grau de especialização em termos de equipamentos e profissionais, que é a Unidade de Terapia Intensiva-UTI, conseqüentemente exige organização das práticas de diversas categorias numa relação interprofissional, tal relação merece ser estudada “uma vez que nela se apresenta grande área de especialização das categorias profissionais e dos procedimentos realizados e há a necessidade de diminuir a fragmentação de suas abordagens aos pacientes,

seja por razões de qualidade do cuidado, eficácia ou mesmo equacionamento de custos” (PIROLO, 2008, p.55).

O trabalho em UTI envolve relações muito complexas por estar diretamente ligado à vida ou a morte, gerando um estresse a mais para a equipe profissional que segundo Gueudeville (2007), propicia um ambiente gerador de estresse de alto risco para a equipe multiprofissional. Essa análise também é constatada por Vila e Rossi (2002, p.142) que relatam “a UTI é uma unidade geradora de estresse, sendo as principais manifestações: fadiga física e emocional”. Entende-se que estas condições podem dificultar práticas integrais em UTI, o que se torna um grande desafio a ser superado.

O princípio da integralidade na UTI é expressamente afirmado por Oliveira e Maruyama (2009), inspirado no usuário como finalidade do processo, razão das práticas dos profissionais. O paciente atendido em UTI requer especialização de profissionais e tecnologias capazes de manutenção da vida. Se, de uma feita, há essa aproximação com pessoas qualificadas para intervir com procedimentos necessários a sua sobrevivência, por outro lado, também é inquestionável o afastamento de sua vida diária, de pessoas de suas relações de confiança. Toda essa situação expõe o paciente, a sensações de angústia pela doença que está acometido, pela dor e pela falta de privacidade que lhe é imposta por profissionais que lhe são desconhecidos.

Diante do processo vivenciado pela experiência da internação numa UTI, tanto para pacientes como também para seus familiares, verificamos a importância do atendimento aos princípios da integralidade pelos profissionais e serviços de saúde como forma de amenizar o sofrimento causado às pessoas durante a permanência no hospital. (OLIVEIRA, MARUYAMA, 2009, p.376).

A internação de paciente na UTI e sua condição de ruptura com seu cotidiano e relações que lhe identificam, isso tudo parece ser assustador para a maioria dos pacientes. E explicam Silva *et al*, 2007. p.8) “[...] o paciente precisa, a todo momento, ajustar-se emocional e fisicamente a esse local”.

Soares (2007) vê com preocupação a postura de muitos profissionais que atuam na UTI, quanto ao cuidado aos familiares, os mesmos entendem que isto fica na dependência das habilidades individuais de cada profissional, ou ainda que essa preocupação é de competência de psicólogos e assistentes sociais, o autor não desconhece a importância de tais profissionais no processo de atendimento aos cuidados com familiares, mas afirma que o cuidado com a família de pacientes internados na UTI, é de responsabilidades de todos os profissionais da UTI.

A integralidade do cuidado aos pacientes internados implica também no uso de recursos fora do hospital, seja para elucidar diagnóstico, seja pós-alta hospitalar para continuidade ao tratamento. Segundo Cecílio e Merhy (2003) a alta hospitalar não pode ser programada de forma burocrática, cumprindo uma formalidade, mas para produzir a continuidade do tratamento em outros serviços pela construção ativa da linha de cuidado, ou seja, atendimento em rede para cada paciente.

Nesse entendimento, a integralidade do cuidado ao paciente internado, incluindo na UTI, deve acontecer considerando um sistema em rede, onde o processo de trabalho dos profissionais deve ser organizado de forma a permitir o diálogo e tomada de decisão, respeitando os vários saberes e não apenas centralizar ao atendimento médico, aliado a isso, se faz necessária a negociação de outros serviços básicos, os quais envolvem atendimento na rede municipal de saúde, o que demanda um diálogo extra-hospitalar, necessário para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

#### 3.1 Caracterização do Estudo

A pesquisa caracterizou-se como um estudo de caso, que se aplica na investigação de fenômenos da atualidade, inseridos em uma realidade na qual as fronteiras entre os acontecimentos e o contexto não estão totalmente explicitadas, exigindo a utilização de várias fontes de evidências. Yin (2005) define estudo de caso como uma investigação empírica que: “investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (p. 32).

Para Godoy (1995a) o objeto do estudo de caso, enquanto pesquisa, é o exame detalhado, intensivo de uma unidade social, um ambiente ou uma situação particular, propiciando discussão da realidade, análise e possibilidade de resolução dos problemas.

O estudo de caso tem se tornado a estratégia preferida quando os pesquisadores procuram responder às questões "como" e "por quê" certos fenômenos ocorrem, quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados dentro de algum contexto de vida real. (GODOY, 1995a, p.25)

A estratégia da investigação adotada embasou-se na afirmativa que “o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real” (Yin, 2001, p. 21), ou seja, o estudo focalizou uma problemática a ser analisada no contexto da vida real, uma vez que esta pesquisa se voltou para estudar o processo de integralidade do cuidado dentro de uma UTI de um hospital de referência que atende através do Sistema Único de Saúde –SUS.

A presente investigação insere-se na abordagem qualitativa, considerando o interesse em realizar a observação da realidade, contextualizando as relações sociais envolvidas entre os vários profissionais que objetivam o cuidado a pacientes em seu processo de trabalho, esta abordagem permitiu interpretar os dados fazendo relação com vários aspectos subjetivos.

Utiliza-se da explicação de Minayo (2002) que a

“pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha como universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. (p.21-22)



Parafraseando Godoy (1995b) a pesquisa qualitativa não fica restrita à análise de dados numericamente expressos por instrumentos estatísticos, tal abordagem limita a interpretação da realidade. A pesquisa qualitativa busca apreender a realidade obtendo informações sobre as pessoas, lugares ou unidades de estudo com a interação do pesquisador e a situação estudada, de forma que os interesses vão se delineando e se ampliando na medida em que o estudo se desenvolve, sempre procurando entender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes do estudo.

Demo (1998) também prioriza o estudo qualitativo como abordagem mais adequada para conhecer mundos complexos e difíceis de penetrar, tendo em vista considerar que os métodos excessivamente formalizantes tendem a empobrecer a realidade.

Nessa perspectiva a opção pela pesquisa qualitativa encontrou sustentação, pois almejou compreender profunda e efetivamente a realidade investigada em sua complexidade, permitiu a aproximação com os profissionais no cotidiano de trabalho, agregou a subjetividade existente nas relações: os valores, os hábitos, as crenças, e possibilitou o conhecimento mais aproximado da realidade vivenciada.

### *3.1.1 O Local do estudo*

O Estado de Rondônia está localizado na região norte do Brasil, na chamada Amazônia legal, faz fronteira com os estados do Amazonas, Acre, Mato Grosso e com o país vizinho Bolívia.

Banhado pela bacia do rio Madeira, afluente do rio Amazonas, que é integrada ainda pelos rios Mamoré e Guaporé.

Sua população, segundo o último censo do IBGE, é de 1.562.409 habitantes, com previsão estimada de 1.728.214 no ano de 2013, distribuída em 52 municípios.

Segundo Teixeira e Fonseca (2002), a colonização do Estado de Rondônia consolidou-se a partir dos fluxos migratórios dos anos 70 do século XX, tendo a conclusão da BR 364 suplantado o isolamento do Estado e intensificado o movimento migratório da Região; destacam a magnitude do aumento populacional que se seguiu, especialmente, em Porto Velho, que registrou incremento demográfico de 467% em 1991 comparado à década de 80.

Porto Velho, a capital do estado de Rondônia, está situada na margem direita do Rio Madeira, foi instituída como município no dia 02 de outubro de 1914 pelo decreto lei nº 757, hodiernamente, segundo o censo demográfico de 2010, tem uma população de 428.527, com

estimativa de 484.992 habitantes para o ano de 2013. No setor saúde, apresenta 06 estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao SUS UTI/CTI, catalogados em 2009 (IBGE, 2010).

A conjugação do fim do isolamento e aumento populacional resultou num incremento da economia, não sem o enfrentamento das hostilidades ambientais, notadamente, no que respeita a insalubridade típica da região, aspecto que se relaciona com os fins deste estudo que faz um corte no tema saúde pública para investigar os aspectos do processo de trabalho numa UTI de um hospital de referência em doenças infectocontagiosas na compreensão da integralidade do cuidado pelos profissionais.

### *3.1.2 O Hospital CEMETRON: Um Breve Histórico*

O hospital será contextualizado a partir do resgate de sua história através de relatos ocorridos em encontros distintos com dois grupos de pessoas que vivenciaram a experiência de quando tudo começou, considerando que não foram localizados documentos que retratassem essa história.

As conversas foram gravadas, e se destaca a satisfação das pessoas das quais contribuíram em recordar, buscando suas lembranças de forma mais fidedigna possível, já que essas memórias já se encontram distantes. Então, durante os relatos de uma sempre estavam sendo complementadas por outras, num ambiente informal, mas de muito compromisso em relatar detalhes daquela história.

Na trajetória descrita pelas pessoas foram evidenciadas as transformações e desenvolvimento pelos quais o hospital passou desde sua criação até a contemporaneidade, dando destaque à organização do trabalho e suas relações para atender as demandas de pacientes com patologias específicas referenciadas para aquele hospital.

Primordialmente, havia na capital um Hospital conhecido como Abrigo Santo Clara, localizado na Rua Brasília, bairro Areal, que tratava das doenças hanseníase e tuberculose, funcionava precipuamente como dispensário de medicamentos para paciente com essas doenças, no entanto, conjuntamente realizava internações, quando necessário.

O antigo Abrigo Santa Clara, no final dos anos 70 e início dos anos 80, na gestão do Governador Jorge Teixeira, foi reformado e reativado sob o nome de Hospital de Medicina Tropical, tendo como finalidade atender doenças infectocontagiosas (tuberculose, meningite, malária, febre tifoide, fogo selvagem, dentre outras) de forma especializada e

concomitantemente deixar o atendimento do Hospital São José, voltado para outras demandas categoricamente mais generalistas.

O Hospital de Medicina Tropical contava com poucos leitos, entre 16 a 20, sendo uma ala feminina e duas masculinas, pois a demanda masculina era bem maior devido ao alto índice de malária nos garimpos; uma pediatria grande (espaço onde ocorreu a capacitação dos funcionários) e o isolamento. Ressalte-se que o setor isolamento tinha poucos leitos, o que ensejava o isolamento da enfermaria em várias ocasiões. Todas as doenças infectocontagiosas que são atualmente tratadas no CEMETRON já eram tratadas no Hospital Tropical, com exceção do HIV (à época não havia incidência).

O Hospital Tropical era bem equipado, com laboratório, farmácia, lavanderia, costureira, local de repouso para funcionários, contava com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, ou seja, uma equipe multiprofissional, mas problemas apresentados nas instalações físicas do prédio, em meados dos anos 80, forçaram a mudança do hospital para outra localização, dessa vez para um prédio no centro da cidade, por curto período, considerando a falta de estrutura em relação ao aumento da demanda, o Hospital Tropical já não supria a necessidade da população.

Nesse contexto foi criado, através do Decreto nº 4411 de 14 de novembro de 1989, publicado DOE nº 1921 de 17 de novembro de 1989, o Centro de Medicina Tropical de Rondônia, também conhecido como CEMETRON, inaugurado pelo governador Jerônimo Garcia de Santana, em 1990, logo após sua inauguração, todos os pacientes do Hospital Tropical foram transferidos para o novo hospital de doenças infectocontagiosas.

O CEMETRON está localizado na Av. Guaporé nº 415, bairro Lagoa na cidade de Porto Velho, e conforme dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde - CNES (2013) é um hospital classificado como geral sendo a sua esfera administrativa oriunda do Governo do estado.

O Hospital CEMETRON é referência nacional para vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar com especialidade na área de doenças infectocontagiosas e tropicais, sendo classificado como nível I “- Hospital de Referência Regional com unidade de emergência e leitos de terapia intensiva”, nos termos da Portaria nº 2.254 de 05 de agosto de 2010 do Ministério da Saúde, sendo a única instituição hospitalar referência em doenças infectocontagiosas do estado de Rondônia.

O serviço prestado conta com equipes multiprofissionais compostas por médicos especialistas em infectologia, dermatologia, pneumologia, clínico geral, radiologia e medicina intensiva (UTI), cirurgia geral (pequenas intervenções), cardiologia, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas dentre outros profissionais, ou seja, possui um corpo clínico especializado. De acordo com o CNES do Ministério da Saúde (2013) o Hospital Cemetron, nos dias atuais, conta com um quadro funcional que totaliza 321 funcionários, os quais se revezam em três turnos para atender toda a demanda.

Atualmente o Hospital CEMETRON, enquanto centro de referência em tratamentos de doenças infectocontagiosas, disponibiliza o atendimento ambulatorial para pacientes com diagnóstico já definido, e internação a critério médico. A internação no referido nosocômio atende precipuamente pacientes encaminhados por policlínicas municipais e estaduais de todo o Estado de Rondônia, alguns pacientes chegam do norte do Mato Grosso, sul do Amazonas, e cidades do Acre e Bolívia, o CEMETRON, mesmo não sendo um pronto socorro, atende 24 horas.

Dispõe de 89 (oitenta e nove) leitos para internações<sup>3</sup>, assim divididos: 09 (nove) no ambulatório de observação e emergência; 30 (trinta) na clínica masculina I; 13 (treze) na clínica masculina II; 18 (dezoito) na clínica feminina; 12 (doze) no isolamento; 07 (sete) de Unidade de Terapia Intensiva Geral.<sup>4</sup>

### 3.2 Sujeitos e Demais Fontes de Dados

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais das diversas categorias que trabalham na UTI, totalizando treze profissionais, assim especificados: três médicos, três enfermeiras, três técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta, um assistente social, um psicólogo e um nutricionista. A escolha foi aleatória para as categorias de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, em razão dos vários profissionais que se revezam em escalas de plantão, as demais categorias não houve essa opção, tendo em vista que na ocasião da coleta de dados, só havia um profissional representante de cada uma delas lotado naquela UTI.

O critério para a participação como sujeito da pesquisa foi de que o profissional trabalhasse no mínimo seis meses na UTI, por se considerar necessária experiência para o

---

<sup>3</sup> As informações sobre a estrutura e funcionamento do hospital foram identificadas *in loco*

<sup>4</sup> A UTI do hospital CEMETRON foi instalada em 2009 para atender os pacientes ali internados.

sujeito estar apto a responder os questionamentos desse estudo. Foi possível seguir o estabelecido, exceto em relação a profissional de nutrição, uma vez que o sistema de trabalho se constitui em rodízio entre as profissionais lotadas no hospital, cada profissional atende as demandas da UTI a cada dois meses, ressaltando que a entrevistada dessa categoria já havia trabalhado na UTI anteriormente.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado entrevista semiestruturada. Sobre entrevista semiestruturada, concorda-se com o entendimento de Gerhardt, *et al*, (2009, p.72) que “o pesquisador organiza um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal”.

A entrevista foi organizada inicialmente com perguntas gerais com a intenção de definir o perfil dos entrevistados, seguidas de quatro perguntas disparadoras, cujo modelo se encontra em anexo, as quais permitiram analisar as percepções de integralidade pelos entrevistados, entender o processo de trabalho com vistas a integralidade, identificar quais fatores poderiam facilitar ou dificultar a prática do cuidado integral aos pacientes pelos profissionais e, finalmente, a última questão é aberta para manifestação e sugestão do entrevistado em relação ao processo de trabalho.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no período de 01 a 30 de julho de 2013, foram gravadas com a prévia autorização dos participantes para assegurar confiabilidade das informações. O local das entrevistas foi no próprio hospital, em sala reservada garantindo privacidade com o entrevistado, os encontros foram programados e realizados durante intervalos de trabalho de forma a permitir a coleta de dado sem prejuízo da rotina de trabalho, mas com tempo suficiente para responder as indagações desse estudo.

Foi realizada uma entrevista por dia, com duração de aproximadamente de 30 minutos para cada uma, variando para mais ou para menos, dependendo da necessidade, sempre buscando objetividade, sem perder o foco principal da pesquisa. Ressalte-se que durante a coleta de dados não se encontrou resistência por parte dos profissionais, pelo contrário, os mesmos se disponibilizaram imediatamente a contribuir com o estudo, quando foram convidados, fato este que propiciou um ambiente de cordialidade e confiança entre o pesquisador e os entrevistados.

Para sustentação teórica do estudo se buscou fontes bibliográficas na literatura impressa de autores que discutem o objeto desse estudo, bem como foram consultados artigos

e publicações de dissertações e teses disponibilizados “on line” por revistas especializadas nesse assunto.

### **3.3 Critérios Éticos**

A aplicação da pesquisa obedeceu aos critérios éticos da pesquisa que envolve seres humanos, cujos participantes concordaram através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, em consonância às disposições da Resolução CNS nº466/ 2012. Para o cumprimento dessa resolução, foi solicitada autorização por escrito (anexo) da Diretora do Hospital para a coleta de dados da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Rondônia - UNIR, tendo em vista que o projeto estava vinculado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Ciências da Saúde da UNIR, e aprovado CAAE:10946412.5.0000.5300 (ANEXO 2).

Após a aprovação da pesquisa pelo CEP, os sujeitos foram convidados verbalmente a participarem da pesquisa, momento no qual foram esclarecidos sobre os objetivos, riscos e benefícios, dentre outras informações contidas no TCLE, que foi assinado antes da entrevista. Apesar de todos terem conhecimento que poderiam desistir a qualquer momento sem prejuízo, não houve desistência de nenhum participante.

O sigilo das informações e o anonimato das pessoas foram preservados, na medida em que a identificação de cada entrevistado se deu de maneira fictícia. Foi adotado o seguinte procedimento: a primeira letra representando a categoria profissional e uma sequência numérica para distinguir profissionais da mesma categoria, seguindo a ordem que foi realizada a entrevista; as falas foram ouvidas e transcritas apenas pela pesquisadora. As gravações após transcrição permanecerão sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, as quais serão apagadas do meio magnético obedecendo às normativas para esta finalidade.

### **3.4 Tratamento e Análise dos dados**

Ao evidenciar que as práticas profissionais retratadas pelos processos de trabalho existentes na UTI do CEMETRON, viabilizam a construção da integralidade do cuidado em todos os sentidos, entendeu-se que não deveria ser adotado um instrumento para tratamento dos dados que limitassem as interpretações das informações coletadas.

Para descrever e interpretar as respostas obtidas nas entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, a qual permite reinterpretar as mensagens, compreender e identificar a ideologia do sujeito através de suas respostas ditas ou não ditas, numa relação com o contexto social.

A análise de conteúdo é bastante utilizada em pesquisa qualitativa, e vários autores a definem como sendo a técnica que não fica limitada a análise quantitativa, permitindo um estudo ampliado da realidade estudada, dentre os autores se destacam: Minayo (2007), Moraes (1999) e Bardin (2009).

Segundo Bardin, análise de conteúdo:

Representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens (...) análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (...) é uma busca de outras realidades através das mensagens. (...) visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares, (BARDIN, 2009, p. 44-45-46).

A compreensão do método de análise de conteúdo como o mais adequado ao tipo de estudo em questão acompanhou a técnica utilizada por Bardin (2009), que estabelece as fases da análise organizadas em torno de três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

1ª fase – A Pré-análise: se constitui na exploração dos documentos, que neste caso se entendeu como sendo as entrevistas transcritas que construíram o “corpus da pesquisa que é o conjunto dos documentos tidos para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (Bardin, 2009, p. 122). Tais entrevistas foram lidas inúmeras vezes com o objetivo de conhecer os textos e encontrar os sentidos ali implícitos. Nesta fase o material foi organizado da seguinte forma: cada sujeito entrevistado foi identificado com a primeira letra que corresponde sua profissão seguida do numeral por ordem que ocorreu a entrevista.

2ª fase – Exploração do material: se estabeleceu pela codificação dos dados. Nesta fase após a organização do material, as respostas encontradas nas entrevistas, foram recortadas e agrupadas em ideias centrais permitindo, através delas, a representação do todo.

3ª fase – O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: para atender aos objetivos do estudo, os dados foram classificados e agregados estabelecendo três categorias de análise, quais sejam: O perfil dos profissionais; A fragmentação do processo de trabalho coletivo na UTI e A integralidade como ideal da equipe multiprofissional da UTI.

O método de análise de conteúdo, utilizando a técnica de Bardin (2009), se entende como satisfatório para compreender a integralidade nos processos de trabalho das equipes de saúde, considerando a complexidade e subjetividade que perpassa nas relações dessas equipes, nas quais se constitui a realidade de trabalho.



## 4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os resultados obtidos conforme a proposta metodológica da pesquisa, o que permitiu estabelecer três categorias de análise:

- 1-O perfil dos profissionais;
- 2-A fragmentação do processo de trabalho coletivo na UTI;
- 3- A integralidade como ideal da equipe multiprofissional da UTI.

As categorias supramencionadas estão dispostas no trabalho individualmente, como unidades de estudo, mas jamais podem ser entendidas separadamente, pois se complementam dialeticamente, revelando o processo de integralidade do cuidado ao paciente internado na UTI do Hospital Cemetron, em Porto Velho.

### 4.1- O perfil dos Profissionais

Nesta categoria foi possível conhecer o perfil dos trabalhadores entrevistados, aspecto importante para melhor compreensão do processo de integralidade do cuidado na UTI do CEMETRON, e para melhor visualização desses dados montou-se um quadro demonstrativo, em seguida serão apresentadas algumas considerações a respeito do perfil encontrado.

QUADRO 1- Distribuição do Perfil dos Profissionais da UTI CEMETRON, 2013.

Entrevistado	Genero	Idade	Estado Civil	Tempo de Profissão	Tempo de Trabalho na UTI	Regime de Trabalho	Qualificação
E1	F	45	Casada	15	05	Estatutária	Esp. Doenças Tropicais
E2	F	38	Casada	15	05	Estatutária	Mest.Terapia Intensiva. Esp Educação em Saúde. Esp.Vigilancia Epidemiológica Cursos de Atualização Específicas
E3	F	33	Casada	10	05	Estatutária	Especialista: Infecção hospitalar; Saúde Pública; UTI;

							e Regulação de Serviço de Saúde
M1	M	35	Casado	09	05	Estatutário	Mest.Doenças infectocontagiosas.  Esp. Medicina Intensiva e de Imagem
M2	M	33	Casado	07	03	CLT	Esp. Terapia intensiva e Ensino Superior
M3	M	40	Casado	13	05	Estatutário	Não informou
T1	F	44	Casada	19	05	Estatutária	Ensino médio
T2	F	28	Casada	03	02	Estatutária	Capacitação enfermagem do trabalho
T3	M	41	Casado	10	05	Estatutário	Curso de história
P1	M	33	Solteiro	07	03	Estatutário	Graduação
A1	F	44	Solteira	15	03	Estatutária	Esp. Metodologia do ensino superior; Gestão de pessoas; e Saúde pública.
N1	F	27	Solteira	04	02 meses	Estatutária	Esp. Nutrição Clínica
F1	F	29	Casada	08	03	Estatutária	Esp. Terapia Intensiva

Legenda: E1,E2,E3-Enfermeiras; M1,M2,M3 –Médicos; T1,T2,T3- Técnicos de enfermagem; P1-Psicólogo; A1-Assistente Social; N1-Nutricionista; F1-Fisioterapeuta

Dos treze profissionais entrevistados, oito são do sexo feminino, e cinco do sexo masculino, na faixa etária entre 27 e 44 anos de idade, apenas três são solteiros. Um profissional trabalha em regime celetista, os demais são estatutários. O tempo de exercício profissional está entre 04 a 19 anos, assim como, o tempo de serviço na UTI do CEMETRON

varia entre 02 meses a 05 anos (o menor tempo desse período refere-se à nutricionista, que faz revezamento com outros colegas de dois em dois meses), mas a grande predominância está no período de 05 anos (desde a criação da UTI no referido hospital).

Observa-se que o perfil dos profissionais entrevistados é caracterizado pela experiência de trabalho em UTI, a qual exige conhecimento especializado em saúde. Dos profissionais de nível superior apenas o psicólogo não possui pós-graduação em saúde, e um médico não informou. Identifica-se ainda, que alguns profissionais já concluíram mais de um curso de especialização, isso pode ser indicativo de que a equipe sente necessidade de buscar novos conhecimentos para serem agregados às práticas profissionais.

A referida atualização não ocorre por incentivo institucional, dá-se de maneira individual e particular dos profissionais, sem contrapartida financeira ou qualquer forma de apoio por parte da unidade hospitalar.

A busca pelo conhecimento pode ser considerada muito salutar, quiçá seja uma facilidade no desenvolvimento das práticas profissionais, mas o trabalho em equipe com vistas à integralidade do cuidado vai além da aprendizagem individualizada, o conhecimento necessariamente deverá ser compartilhado e envolver os demais atores nesse processo do cuidado de maneira coletiva em seu cotidiano.

Como discutem Silva Jr. *et al* (2003), as equipes de trabalho vivenciam conhecimentos e dificuldades de forma diferenciada, e nessas relações cotidianas as situações são refletidas, construindo-se novas práticas em saúde pelos membros da equipe. Os autores preocupados com que a busca de conhecimento não se reduza a doenças e agravos, mas indique a necessidade de adotar estratégias educacionais que contemplem permanentemente práticas onde se reconheçam os usuários em sua complexidade e necessidade de forma mais ampla.

Dessa forma, evidencia-se que o trabalho de profissionais do SUS não deve ser distanciado da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, seja na esfera federal, estadual ou municipal, nesse sentido o Ministério da Saúde estabelece que a Educação Permanente<sup>5</sup> deve ser o aprender e o ensinar no cotidiano, em seus processos de trabalho objetivando a transformação das práticas profissionais. Constituindo-se num importante

---

<sup>5</sup> PORTARIA Nº 1.996 DE 20 DE AGOSTO DE 2007, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

instrumento a direcionar a equipe multiprofissional, e, conseqüentemente, gere a mudança dos profissionais, oportunizando que seja iniciado um processo de trabalho coletivo, onde cada um tenha importância no todo de forma ampliada (BRASIL, 2007).

Nesse aspecto foi percebida a preocupação de alguns profissionais com a educação continuada, na medida em que o conhecimento é compartilhado com todos durante o processo de trabalho na busca de aperfeiçoar técnicas para a eficiência do serviço; não se percebe a preocupação como construção coletiva de maneira mais ampliada na direção da educação permanente, como se observa no trecho da entrevista a seguir:

A educação continuada existe no próprio setor, onde nós temos a enfermeira (L) que está dando apoio também, eu dou a parte da logística, e a enfermeira (L) que é intervencionista do SAMU está priorizando esse lado do treinamento contínuo que é do suporte básico e avançado de vida, ou seja, profissionais que trabalham na UTI, eles têm um treinamento semanal, às vezes diário, mas geralmente semanal, dentro da UTI, que é a educação continuada no serviço, ou seja, vamos aprimorar as técnicas, qual a melhor forma de fazer uma reanimação, sem atropelamento, sem desespero, sem estresse. (E1)

Diante dessa fala, entende-se que a continuidade dessa prática de treinamento em serviço pode favorecer a mudança de práticas no cotidiano do trabalho quanto à qualidade técnica, entretanto não realiza o aspecto ampliado preconizado pelo Ministério da Saúde, característica da Educação Permanente, portanto essa transformação das práticas se constitui atualmente um desafio para as equipes de trabalho em saúde, e mais especificamente na UTI.

#### **4.2 A Fragmentação do Processo de Trabalho Coletivo na UTI.**

A segunda categoria de análise surgiu a partir dos relatos dos profissionais, os quais detalham como os processos de trabalho ocorrem dentro da UTI.

Para melhor detalhamento dessa categoria, foram separadas as seguintes unidades de análise:

- 1) trabalho em equipe
- 2) relações interprofissionais
- 3) humanização do atendimento
- 4) autonomia profissional
- 5) diálogo entre profissionais

É perceptível um esforço por parte dos profissionais para manterem suas práticas de forma integrada entre os vários atores no espaço da UTI, mas a prática registrada destacou a fragmentação do processo de trabalho baseada no modelo biomédico. Para tanto, serão

interpretadas algumas falas significativas captadas durante as entrevistas, e foram separadas para análise das unidades. Essa separação se deu no intuito de compreender e detalhar os processos de trabalho na UTI, na perspectiva da equipe, uma vez que todas essas unidades de análise estão íntima e dialeticamente relacionadas, só poderão ser entendidas como parte e totalidade do processo de trabalho em estudo.

- Trabalho em Equipe

Quando indagados sobre como percebem os processos de trabalho na UTI do hospital CEMETRON, a maioria dos profissionais associou como sendo o trabalho em equipe, que envolve várias atividades isoladas de profissionais que se juntam para contemplar as diversas necessidades dos pacientes, como se observa nas falas a seguir:

O processo de trabalho aqui na UTI é feito a base de uma equipe treinada que consta de médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos. Temos também apoio de uma nutricionista, nós temos também apoio de especialistas como infectologistas. (M2)

Eu entendo assim: cada um tem seu papel, né? Cada um tem seu universo. Ai na integralidade, cada um fazendo a sua parte, será bem vindo ao paciente, tudo em prol do conforto do paciente. O enfermeiro presta os cuidados, o fisioterapeuta sua parte mecânica, o médico prescreve a medicação, os cuidados do ato médico e assim por diante, cada profissão integrando o conjunto. (T3)

Entende-se que houve o reconhecimento da necessidade de trabalho em equipe, o que revela a compreensão da limitação de conhecimento da própria profissão isoladamente, sendo necessários outros saberes, isso vai ao encontro de Camago Jr. (2003) o qual evidencia que indivíduos ou categorias profissionais são limitados para atender as amplas demandas apresentadas por sujeitos que sofrem, coloca a necessidade de trabalho interdisciplinar e multiprofissional como estratégia mais viável para atender as necessidades da população do que tentar criar superprofissionais de saúde.

Então, nesse sentido os profissionais percebem existir vários saberes convivendo no espaço da UTI, essa constatação do trabalho multiprofissional pelos entrevistados pode ser interpretada como fragmentação do processo de trabalho, pois a presença de diversas áreas no mesmo ambiente de trabalho não garante a integralidade do cuidado, principalmente quando se identifica que cada profissional faz a sua parte, e se essas ações de cada um não estiverem sistematicamente articuladas em práticas mutiprofissionais.

A fragmentação fica expressa também, em relatos que denotam a prática individual em detrimento do fazer coletivo, e isso é perceptível, mediante as declarações que concordam existir falha no atendimento integral na UTI.

Na UTI eu acho um pouco complicada essa questão da integralidade, porque cada profissional é muito individual. Cada um quer fazer, na verdade, o seu melhor ali, mas de uma forma muito separada, muito individual. Então, essa interdisciplinaridade é meio falha. É bem complicado. (N1)

O processo de trabalho multidisciplinar da UTI do CEMETRON não destoa de outras realidades do País, em que historicamente se valorizou o trabalho do médico em relação às demais profissões da área de saúde.

Apesar de toda essa movimentação institucional no sentido de mudar as práticas centradas no saber médico, os relatos apontam tratar-se de algo em construção, vez que há um esforço para que isso se concretize, mas foi explicitamente colocada a questão do poder/saber médico em relação às demais categorias, em que pese o bom relacionamento, conforme alguns trechos das entrevistas abaixo:

Todos os profissionais esbarram no saber médico, as vezes os médicos, eles tem uma certa resistência em compreender que os demais profissionais também dominam saberes, que são saberes próprios de cada categoria, e as vezes eles não admitem discussão clínicas, discussão sobre casos, alguns médicos, não são todos não(...), mas de vez em quando ainda tem assim aquelas melindragem, sabe? de achar que é o dono do conhecimento e só compete a ele a decisão o que fazer, e as vezes, até interferir em condutas de outros profissionais, esse ainda é um dos problemas que a gente ainda enfrenta. (E2)

Profissional de enfermagem deveria ser muito bem valorizado, o fisioterapeuta, são extremamente importantes dentro de uma UTI, mas só acham que o mais importante é o médico. O médico é um componente de uma equipe multidisciplinar, mas se não tem enfermagem, se não tem esse fisioterapeuta, o médico não faz nada em terapia intensiva. Então esses profissionais têm que ser valorizados todos têm que ser valorizados, não só o médico. Porque, hoje, só se pretende valorizar o médico e o ato médico. (E1)

Então, dentro da UTI, pelo menos pelas normatizações, o profissional que solicita é o médico. Então eu posso sugerir, muitas vezes pelo coleguismo já chegamos ao ponto de chamar, conversar pelos corredores e o psicólogo ir atender, mas ele aguarda a solicitação do médico, (...) avaliação e conduta do psicólogo. Agora, quando o médico não faz o paciente fica sem o atendimento (...) Nós como enfermeiros, nós somos atados para muitas coisas ali dentro do setor fechado. (E3)

Nesses trechos de entrevistas ficam manifestos os posicionamentos dos profissionais quanto ao saber médico em relação às demais profissões, que mostram a importância de práticas mais democráticas, participativas, como requisito para a valorização dos demais

profissionais, para a superação da fragmentação do trabalho e para a efetividade do atendimento do paciente.

Segundo Penna *et al* (2008), O trabalho individualizado e fragmentado, é centrado na figura do profissional médico, tal relação não valoriza as demais profissões. Emergem no cotidiano de saúde, forte hierarquização e a medicina como soberana, essa cultura de fragmentação da atenção aos pacientes, vem se forjando desde o processo de formação profissional e se mantém compatível com o modelo biomédico hegemônico.

A esse respeito, Peduzzi (2007) ressalta que

É necessário compreender a intenção e a racionalidade que orientam o trabalho em equipe de saúde, de modo a distinguir aquele que se fundamenta na tradição biomédica, ancorado na medicalização dos serviços, do que se baseia nas necessidades de saúde dos usuários e da população da área de abrangência do serviço, orientado pela integralidade e pela interdisciplinaridade em saúde (PEDUZZI, 2007, p.28).

Sustentado pelos autores pode-se dizer que o trabalho na UTI do hospital CEMETRON ainda ocorre nos moldes da medicina baseada em doenças e na medicalização, firmando o profissional médico como a central de comando para as ações a serem executadas por todos os demais profissionais, portanto, ausente de integralidade do cuidado.

Reforçado ainda, que a assistência integral aos pacientes da UTI não existe em sua plenitude, que o cuidado é prestado de forma isolada, cada profissional desenvolve suas atividades conforme seu campo de atuação e conta com apoio de outras especialidades, sem articulação das ações pautadas em discussões envolvendo as diversas disciplinas, fato reclamado por alguns profissionais, que apontam a necessidade de discussão de casos clínicos, como mostram os seguintes depoimentos:

carece muito essa questão de estudo de caso do paciente, então tá faltando mesmo essa logística, o tempo de se pensar, o tempo disponível dos profissionais para esse tipo de procedimento que é discutir os casos, o estudo de caso, não se faz aqui, praticamente, não está sendo feito, principalmente na UTI. (E1)

Deveríamos ter reuniões semanais, a equipe de terapia intensiva, multidisciplinar, fazer estudos clínicos, pegar um paciente toda semana, tem pacientes que ficam aqui por tanto tempo, muito tempo e agente nunca sentou para estudar aquela criatura,... (E2)

(...) criar um cronograma ou mesmo um local onde a gente possa reunir a equipe multiprofissional para discussões de casos(E3)

Fundamental ter reuniões onde se troca experiência, que se sugere possibilidades de trabalho, melhora do serviço ou fazer estudo de caso de um determinado paciente, (...) ele sempre requer um estudo maior por parte da equipe que o assiste, buscando melhores soluções para a problemática dele, então fazer estudo de caso por cada

paciente, quais os direcionamentos que podem ser dados no que se refere a problemática apresentada por cada um deles(A1)

Entende-se que, os trechos das entrevistas citadas revelam a preocupação de alguns profissionais em implantarem práticas centradas em discussões e estudos de casos clínicos, mas também com a visão ampliada de saúde, o que encontra apoio teórico em Feriotti (2009) na concepção da saúde buscando superar o reducionismo através de ações interdisciplinar e transdisciplinar, tendo como princípio a integralidade da atenção. Observe-se na última fala, a concepção do profissional sobre estudo de caso não fica restrita a doença em si, mas considera o paciente inserido no contexto social e familiar, o que demanda práticas profissionais que se articulem para atender o paciente em sua necessidade, em última instância pode-se inferir que essa articulação ainda não acontece com a equipe entrevistada.

- Relações Interpessoais

No cotidiano, as relações interpessoais presentes nos processos de trabalho, os entrevistados reconhecem a existência de conflitos, mas de forma diminuta, os quais não prejudicam o andamento do trabalho, caracterizando uma equipe de trabalho com bom relacionamento:

Os conflitos existem em qualquer lugar, vão existir, sempre, não tem como a gente se livrar deles, mas acho que poderia melhorar isso aí, com os processos de trabalho, se os processos fossem bem definidos, os protocolos fossem bem definidos, cada um saberia seu papel e teria que seguir sempre aquela linha, não iria fugir muito, então assim, a gente ira minimizar esses atritos aí, mas independente disso eu acho que aqui se trabalha bem, (...) especificamente em relação a integralização profissional tirando os atritos que ocorrem em um frequência até pouca, não vejo tanta dificuldade em relação a essa integralização(M1)

“acho que todos os lugares tem problema, até na casa da gente, que deveria ter paz, entendimento, a gente não tem, imagine no trabalho, que um monte de gente diferente, cheio de problema, não é todo dia que a gente fica estressada, graças a deus, porque se não eu não iria aguentar, porque uma coisa que eu não aguento é ficar estressada, me faz mal, fico mal mesmo, mal, mal mesmo (RISOS).T1

“E olha que tem que ter uma harmonia muito grande para trabalhar ali. (...) mas a impressão que eu tenho é que tem que ter uma harmonia maior nesse sentido. Porque o paciente de UTI é um paciente que requer maior cuidado, maior atenção, é um olhar muito objetivo que tem do paciente que está ali, de cada profissional e da equipe como um todo, porque só funciona com a equipe toda funcionando nesse sentido. P1

Percebeu-se que os profissionais entendem ser necessário administrar os problemas de relacionamento com vistas à qualidade da assistência, o que vai ao encontro de Penna *et al* (2003) no que concerne ao gerenciamento dos conflitos inerentes as práticas profissionais de



maneira mais coletiva e democrática, ouvindo os ruídos emergentes, para definir condutas em saúde de forma responsável, com um único objetivo perseguido por toda a equipe que é essencialmente a defesa da vida.

Nesse sentido, Feriotti (2009) traz para o centro da discussão que as equipes multiprofissionais atuam construindo redes de relações interpessoais e institucionais, que envolvem níveis teóricos, técnicos, políticos, gerenciais e éticos, num espaço marcado pelas contradições inerentes a área de saúde, no qual se destacam a formação de conhecimento fragmentado, trabalho setorializado e relações de poder hierarquizadas, sendo propícias às construções interpessoais conflituosas e com sofrimento.

Durante as entrevistas se percebeu atritos entre categorias profissionais sobre a compreensão do processo de trabalho quanto à necessidade de atendimento psicológico a pacientes internados na UTI. Nesse aspecto foi demonstrada preocupação, principalmente pelas enfermeiras, sobre a importância do trabalho do profissional de psicologia como membro da equipe da UTI para atender pacientes, que muitas vezes se encontram conscientes, bem como, atender seus familiares com o objetivo de amenizar o sofrimento, o que é característico do ambiente de UTI. Essa preocupação é constatada pelas seguintes falas:

Com relação ao serviço de psicologia, ainda deixa muito a desejar, porque eles entendem que a unidade de terapia intensiva não precisa de psicólogos e em qualquer hospital de primeiro mundo a presença de um psicólogo na UTI é obrigatória. (...) Os familiares, até pelo sofrimento, aquele estresse de ver um doente, um parente internado, um filho, um cônjuge que seja; e também o próprio paciente (...) o paciente entubado ele tá sob sedoanalgesia, mas ele é um ser humano, ele está ali, ele precisa do cuidado, mesmo estando sedado, a gente pode conversar com esse paciente, a gente precisa estimular esse paciente (...) esse paciente tá sendo preparado para sair do tubo e voltar as condições vitais, espontâneas. Então, todo esse período ele precisa do acompanhamento psicológico. Então, assim, não é só o paciente acordado que vai necessitar desse cuidado desse profissional, né? (E1)

(...) Muitas vezes nós não temos, esse contato mais facilitado com os psicólogos, embora muitas dos pacientes estejam conscientes, ou que estão ansiosos e depressivos. Nós temos três pacientes ali que poderiam estar muito bem atendidos pelos psicólogos, eles estão conscientes e estão precisando desse atendimento (...) Então, até aí, eu não entendo, porque cada grupo se organiza, os fisio se organizaram, vocês têm assistente social para todos os setores do hospital, então eu creio que tá precisando de uma escala ali dentro também. Eu sinto muita falta. (E3)

A necessidade do trabalho de psicólogo relatada pela enfermagem, mostra preocupação pela existência de um atendimento multiprofissional e humanizado na assistência dos pacientes da UTI, para a enfermagem esse olhar mais subjetivo poderia ficar na responsabilidade daquele profissional.

Segundo as falas do profissional de psicologia, em vários trechos da entrevista, a busca da enfermagem pelo atendimento do psicólogo ao paciente na UTI, acontece muitas vezes pela falta de conhecimento sobre o trabalho do psicólogo ou não querem perder tempo conversando com o paciente, mas essa atenção pode ser prestada pelos demais profissionais que atendem na UTI:

(...) o que eu percebo é pouco conhecimento desses profissionais em relação ao trabalho do psicólogo. Paciente chorou, paciente acordou, chama o psicólogo, porque psicólogo tá ali pra cuidar do paciente que tá chorando é a impressão que eu tenho é que é só isso, é o paciente problema(...). E muitas vezes não é, apenas a atenção daquele profissional, seja ele quem for, médico, enfermeiro, nutricionista até, serviço social, os técnicos de enfermagem pararem um instante e dar um pouco de atenção e realizar uma orientação, uma informação, nem que seja as coisas mais simples do mundo em relação “que dia é hoje?”, “que hora é essa?”. Muitas vezes o que é necessário é isso, esse suporte de saber o que tá acontecendo lá fora (...) (P1)

A divergência de entendimento das duas categorias sobre a questão, talvez ocorra pela preocupação da própria equipe de enfermagem estar muito centrada no cuidado ao corpo do paciente, que está protocolado institucionalmente como sendo de sua alçada a manutenção da higiene, medicação e monitorização de equipamentos, se tornando um cuidado por vezes mecânico, como expresso por um profissional de enfermagem, quando refere à necessidade de discutir os casos de cada e voltar o próprio trabalho para o aspecto subjetivo do cuidar: “Temos que sentar um pouco mais, discutir mais os casos, vê outras alternativas de tratamento e humanizar ainda mais o cuidado, deixar de ser tão mecanicista, somos técnicos demais” (E3).

Essa divergência evidencia insatisfação por parte das duas categorias profissionais com relação ao atendimento psicológico ao paciente, e revela falta de comunicação, diálogo profissional, qualidades imprescindíveis para que aconteça o atendimento integral ao paciente. Não se concebe atendimento aonde a equipe não resolve os conflitos que vão surgindo no decorrer do processo de trabalho, o que pode ser considerado um impecilho para práticas na perspectiva da integralidade.

Sobre esta questão, Penna *et al* (2003) admitem existir outras experiências baseadas nas relações que cada profissional mantém em seu espaço de trabalho, com múltiplas vivências que não se restringem ao rigor técnico, permitindo convívios que integram a subjetividade, inclusive da própria equipe, a construir o cuidado integral para o paciente e para si próprio.

Percebe-se então, esse conflito gerado no processo de trabalho entre duas categorias profissionais, pode ser solucionado inicialmente com mudanças de posturas de convivências e diálogo entre as equipes, pois os objetivos de todos caminham na mesma direção, o atendimento ao paciente que se encontra fragilizado pela doença e outros sofrimentos decorrentes dela, em última instância a qualidade do atendimento, destacado pela humanização.

A esse respeito Teixeira (2003, p.105) ressalta “[...] todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades”.

A preocupação dos profissionais no atendimento ao paciente com esse olhar mais subjetivo pode ser interpretada como a necessidade da humanização no cuidado, para tanto, entende-se a humanização não apenas de responsabilidade de dada categoria profissional, e nem direcionada apenas ao paciente, mas de forma ampliada.

- Humanização no Atendimento

A humanização e o acolhimento aos visitantes e familiares dos pacientes, também foi foco de preocupação em outros momentos das entrevistas, reconheceu-se o sofrimento dessas pessoas, e concomitantemente, assumiu-se a falta de práticas direcionadas para esse fim, conforme trechos de entrevista:

uma roda de conversa com esses visitantes que tivessem com os pacientes lá na UTI, nem que fosse pra desabafo mesmo, pra expressar o que tá preocupando, as ansiedades, acho que seria muito bom. Isso que eu acho que tá faltando pra gente integrar melhor a equipe. (E3)

todo mundo vem aqui mexe no ventilador, sabe o que tem que fazer, mas a parte da humanização as vezes é deixado muito a desejar, outra coisa que poderia mudar também, que eu acho importantíssima é o cuidado em relação a hora da visita, o acolhimento ao visitando na UTI, eu não acho o acolhimento, seja um acolhimento adequado, acho que poderia melhorar, porque o visitante ele sofre, é isso.(E2)

(...)Já que tem a proposta do Ministério da Saúde, esse Programa Humaniza Sus, que tivesse algo específico no que se refere algo direcionado, assim um acolhimento no com relação aos familiares, nessa parte de humanização maior, um trabalho direcionado pra humanização.(A1)

Essa preocupação pode ser interpretada como indício de novas iniciativas que possam concretizar práticas multiprofissionais direcionadas ao atendimento humanizado na perspectiva da integralidade.

Rios (2009) discute a humanização como reconhecimento do campo da subjetividade, fundamentada no respeito e valorização da pessoa, num processo de compreensão dos problemas e busca de soluções compartilhadas; preconiza a participação, a autonomia, a responsabilidade e a atitude solidária, como valores para obtenção de mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho, sendo fundamental combinar a competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional.

Constata-se a concordância de que a humanização em saúde não se restringe somente a ações profissionais voltadas para atender pacientes e familiares, necessariamente deverá envolver cuidados com a própria equipe, temática que foi motivo de preocupação demonstrada pela seguinte fala:

(...) o trabalho na UTI é muito estressante, muito desgastante por que trabalhar ali com o paciente, ele grave o tempo todo, tá muito envolvido o tempo todo, alerta o tempo todo, então eu percebo que as pessoas que lá trabalham, elas eram para ter um cuidado maior (...) algum trabalho direcionado para o profissional que trabalha lá dentro em termo de promoção a saúde motivando essas pessoas a trabalharem com mais leveza, porque trabalhar lá não é fácil, talvez fosse melhor, se refletisse melhor ainda para o paciente e seus familiares, (...) então fica tudo muito envolvido lá dentro, a problema, as alegrias, as tristezas muito lá dentro (...) A1

Essa preocupação encontra eco no entendimento de humanização de Silva *et al* (2007), que retrata a necessidade do cuidador também ser cuidado:

Para humanizar o cuidado, também é necessário cuidar do cuidador. É importante resgatar a realização pessoal, a alegria e o prazer no trabalho, ter espaço para falar e ser ouvido e refletir sobre o fazer. É necessário que cada um saiba o que é esperado de seu trabalho, encorajando a responsabilidade do profissional pelos próprios atos. Também é necessário deixar claro o impacto que o trabalho de um membro tem sobre o trabalho da equipe como um todo. (p.19).

As autoras ressaltam a necessidade de novas atitudes perante os outros para que o cuidado seja humanizado, a importância de prestar atenção na conversa do outro, valorizar os sentimentos e as necessidades do outro; ainda destacam a importância para a assistência humanizada na UTI, tendo como fundamento a atenção para todas as dimensões que envolvem o cuidado, ou seja, o paciente, a família e a equipe, considerando os aspectos biológico, emocional, espiritual e social.

Concorda-se com a ideia das Autoras de que a humanização na saúde demanda mudanças de comportamento por parte dos profissionais em relação aos pacientes e familiares, como também em relação às próprias necessidades da equipe que, também, carece de cuidados para que possa dispensar a atenção adequada.

- Autonomia

Com relação à autonomia, a opinião dos profissionais foi contraditória, pois, alguns concordam que a possuem, enquanto outro grupo admite prejuízo em sua conduta pela interferência de outros profissionais, conforme vários trechos da entrevista:

É simples, os profissionais aqui, pelo menos, a maioria tem bastante autonomia profissional, exceto alguns profissionais que tentam interferir na profissão alheia (risos), mas no mais a maioria dos profissionais tem bastante autonomia e consegue avaliar o paciente e traçar sua conduta específica para aquele paciente (F1)

Em termos de prescrição dietética eu tenho autonomia até porque o meu Conselho me garante isso, mas muitas vezes a gente não participa daquele processo de ver o que tá acontecendo, aí a dieta é trocada. Quando a gente chega aqui muitas vezes a dieta já foi suspensa. Eles tiram a dieta por conta própria, eles decidem que não vão ofertar. Isso eu acho bem complicado, assim, até para a evolução nutricional do paciente. (N1)

(...)autonomia eu percebo para quem está a frente do serviço, seja a enfermeira coordenadora ou médico responsável pela UTI, (...) eu percebo que tenho autonomia com coisas específicas do meu trabalho (A1)

A enfermagem ela é autônoma, dentro da sua hierarquia. Tem o enfermeiro e o técnico. O técnico vai fazer conforme a hierarquia. Que vem o enfermeiro e depois o técnico, só se não houver o enfermeiro, aí sim o técnico vai agir, não no lugar do enfermeiro, mas como técnico. (T3)

E eles (outros profissionais) têm uma grande autonomia no sentido de poder fazer suas condutas e sempre nós temos um bom relacionamento em relação às atividades. Sempre que tem que alguma coisa que o colega precisa ou que nós como médicos precisamos, eles dão a informação e nós também devolvemos a informação. Há uma boa integração. (M2)

As falas acima revelam a fragmentação nas práticas profissionais da UTI com interferência nas condutas uns dos outros, assim como a autonomia é mencionada como atributo de superioridade hierárquica, isso traz um aspecto negativo para as relações de trabalho, que na sua essência devem acontecer de maneira dialogada.

A questão da autonomia profissional se caracteriza como um tema fundamental para se entender o processo de trabalho nos parâmetros da integralidade do cuidado, pois se entende sendo diretamente proporcional ao grau de autonomia. Quanto menor autonomia profissional, maior será a fragmentação do trabalho.

Segundo Barros e Barros (2007), aumentar o grau de autonomia dos trabalhadores se constitui como elemento necessário no processo de criação, pensar e fazer o seu trabalho, induz à experiência do prazer do trabalho, torna inseparável o processo de atenção e gestão dos processos de trabalho.

- Diálogo entre Profissionais

Existem várias formas de comunicação entre as pessoas, no entanto, a comunicação referida pelos profissionais entrevistados, retrata processo de comunicação entre as equipes não apenas de forma verbal, mas também de maneira escrita através do prontuário do paciente, onde as informações técnicas são registradas para que toda a equipe de trabalho tenha acesso, além disso, foi falado sobre a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, que hoje é realidade na UTI do CEMETRON, conforme os relatos a seguir:

A UTI do CEMETRON é a única UTI, que eu posso afirmar, em de Rondônia, não posso responder por outros estados, onde se utiliza a Sistematização da Assistência de Enfermagem, nós chamamos de SAE. Onde nós colocamos todos os dados importantes, desde a admissão, o histórico da doença, anamnésia, o exame físico geral, o exame físico específico. Colocamos também toda a avaliação do paciente, o relatório de enfermagem digitalizado, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, todo digitalizado, conforme preconiza o SAE. Então esse paciente sai da UTI com todo o plano de cuidado, com prescrição de enfermagem bem elaborada, com o relatório muito bem elaborado, digitalizado – até para facilitar o entendimento – tudo muito bem acompanhado, muito bem avaliado. Só que mesmo assim não impede o desnível assistencial nos outros setores. (E1)

na nossa unidade conseguimos implantar, a equipe de enfermagem conseguiu implantar o que chamamos Sistematização da Assistência de Enfermagem, SAE, nós implantamos isso aqui, e tem funcionado muito bem, nós trabalhamos com diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, e isso ajuda muito na comunicação entre os enfermeiros, médicos, então, toda equipe que manuseia o prontuário do paciente ou que cuida do paciente, consegue enxergar bem (E2)

Os registros informativos são sem dúvida de grande relevância para a prestação de uma boa assistência ao paciente, mas essa forma de comunicação não é suficiente uma vez que não retrata os diálogos entre as equipes, necessários ao processo democrático que deve existir no processo de trabalho coletivo.

Para alguns profissionais os diálogos estão muito presentes no cotidiano das equipes; outros afirmam existir uma boa comunicação entre si favorecendo uma boa assistência aos pacientes; outro grupo expressa a necessidade de maior diálogo e considera a falta dele uma dificuldade no andamento do trabalho multiprofissional; ainda foram encontrados relatos onde a dificuldade de interação depende da equipe que esteja no plantão, caso seja mais ou menos favorável a relacionamentos dialogados, conforme vários trechos de entrevistas selecionados para demonstrar as opiniões:

E também os profissionais em geral, médicos, enfermeiros, eles conseguem hoje, a gente tem essa facilidade do diálogo, você conversar, dar uma sugestão, uma opinião

para poder integrar os tratamentos, isso é ouvido, isso também considero uma facilidade, que vai facilitar o meu trabalho e o trabalho do outro, em prol daquele paciente. (F1)

Em parte sim, porque aqui na terapia intensiva desse hospital, nós ainda conseguimos desenvolver um diálogo com esses profissionais, pelo menos nos meus plantões eu consigo trocar idéias, conversar com nutricionista, com a fisioterapeuta, sempre, com o médico, assistentes sociais que são pessoas muito acessíveis, e quando a gente pensa que esses profissionais, são acessíveis quando a gente precisa então pode dizer que em parte nós conseguimos planejar, e até trabalhar essa integralidade do cuidado, quando eu preciso de uma opinião, e eu quiser perguntar, por exemplo, para a fisioterapeuta, qual o melhor dispositivo de oxigênio para um paciente e ela puder me responder, acho que já vai ajudar no meu planejamento. (E2)

Às vezes, a gente tem certa dificuldade de comunicação do caso, mas geralmente a gente consegue fazer uma conduta bem dirigida. (M2)

dependendo do tipo do plantonista, nós temos mais acesso, nós conseguimos realizar as discussões, sugestões de algumas condutas, a gente tem uma integração melhor com a equipe técnica, com fisio. (E3)

mas de todas as outras áreas de estar mais acessível, estar buscando se integrar talvez seja um erro nosso mesmo, falta de cobrar diálogo, as vezes falta da direção na maneira de orientar, no sentido de gerenciar de forma mais agregada, trazer todos para uma reunião e explicar a importância (...) (M1)

Muitas pessoas são simpáticas, mas a dinâmica do trabalho deles que eu tive dificuldade de me encaixar, eles tão sempre muito correndo, sempre outras prioridades, sempre outras coisas, e aí eles não têm tempo para conversar com a gente, falar com a gente sobre o paciente, né?(...)Aqui, particularmente na UTI, eu tive um pouco de dificuldade, acho eles bem fechados, acho eles pouco acessíveis para que outros profissionais cheguem, perguntem, questionem sobre o paciente, eles tão sempre muito correndo, ou, às vezes, mesmo que não estejam correndo eles tão muito, se eu perguntar “o paciente tá com diarreia (...)A dificuldade de comunicação, acho ruim, muitas vezes a gente pergunta algumas coisas, alguns profissionais não sabem ou fingem que não sabem. Não sei bem o que acontece. (N1)

Nas intercorrências com pacientes que demandam atendimento de emergência foi revelado um entrosamento e trabalho integrado, que denotam a organização das equipes, apesar das atribuições de cada categoria serem executadas simultânea e separadamente, tais atribuições são secundadas por uma unidade no agir – o domínio da cada saber técnico, independente de cada categoria, que se juntam com mesmo objetivo de salvar a vida, conforme depoimento:

Comunicação direta com o médico, já chama ele, já chama enfermeiro, a gente agiliza muito, tanto que quando tem parada, falou parada a galera já sai, a equipe sai rápido cada um já pega uma coisa e é muito rápido assim, sabe? Cada um já sabe o que vai fazer. As vezes nem precisa mandar: “ei você fica na medicação”, não, todo mundo já sabe: um pega uma maca ou uma tabua de parada outro já vai para a medicação outro já vai ali par o ambu a equipe é sincronizada sabe assim, todo mundo já encaixadinho cada um sabe sua função, cada um se organiza pro bem do paciente mesmo. (T2)

A situação acima foi bem descrita pelo profissional exemplificando o trabalho da equipe em atendimento de uma emergência clínica. Ocorre que a descrição da interação profissional se destina a realização de procedimentos técnicos de maneira organizada, compreendendo que a rapidez no manejo de manobras e administração de drogas medicamentosas é fundamental para salvar vida; contudo, o trabalho em equipe não se restringe a realização de condutas técnicas de forma conjunta, mas principalmente na busca de consenso através de discussão dos problemas dos trabalhadores em saúde e pacientes.

Constata-se que o processo de trabalho desenvolvido na UTI estudada, está pautado basicamente em atividades assistenciais, diferenciadas de acordo com cada grupo profissional, às quais se articulam em uma rotina de trabalho coletivo, constituindo-se em ações fragmentadas realizadas conjuntamente, mas em vários momentos os entrevistados demonstraram inquietação com esse modelo, visão crítica da realidade que pode encetar práticas mais próximas do ideal permeadas de sentidos da integralidade, apanágio de uma sociedade caracterizada pela participação e solidariedade.

#### **4.3 A Integralidade como Ideal da equipe Multiprofissional da UTI**

O ideal de integralidade muitas vezes parece distante das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, no entanto, quando se averigua o efetivo compromisso dos trabalhadores com as pessoas que necessitam de seus serviços e a consciência da necessidade do serviço público de qualidade que atenda a população em defesa da qualidade de vida, pode-se pensar em integralidade não apenas como utopia, mas como algo realizável.

Durante as entrevistas, as respostas dadas pelos profissionais, sejam de nível superior ou de formação no ensino médio, sobre a compreensão do processo de integralidade do cuidado aos pacientes, estabeleceram como uma das categorias de análise: a integralidade como ideal da equipe multiprofissional da UTI.

Para efeito de detalhamento foram isoladas as seguintes unidades de análise: percepção da integralidade do cuidado; dificuldades e facilidades – sugestões do trabalho da equipe na UTI.



#### *4.3.1 Percepção da Integralidade do Cuidado*

A entrevista foi iniciada pela abordagem da compreensão do profissional sobre a integralidade do cuidado ao paciente internado na UTI, num primeiro momento se percebeu que a pergunta causou surpresa em alguns, risos em outros, ou ainda dúvidas quanto ao que responder, mas os profissionais revelaram textualmente, que apreendem a integralidade do cuidado de maneira muito consensual, como sendo o trabalho em equipe, a atuação de várias áreas profissionais para atender o paciente internado na UTI.

As respostas sobre a percepção da integralidade do cuidado foram emitidas pela equipe, numa perspectiva ideal de práticas, as quais não revelam existência de conflitos no cotidiano, como se houvesse um ambiente harmônico em que todos os profissionais pudessem exercer os cuidados aos pacientes conforme a formação profissional de cada um, como se observou nas seguintes falas:

Bom, a integralidade, acima de tudo, quando nosso cliente entra na UTI, ele passa a ser responsabilidade total da equipe, a equipe como um todo, isso tem que incluir a equipe multidisciplinar, o médico, o fisioterapeuta, o psicólogo (...) integralizar esses cuidados tem que ter a equipe multidisciplinar, o cuidado humanizado, não deixar faltar nada para esse paciente e tornar o ambiente o mais adequado possível para atender esse paciente. (E1)

Integralidade ao cuidado é você agregar os vários conhecimentos, as várias especialidades, os conhecimentos das várias disciplinas que você tem dentro da área da saúde para aplicar no cuidado do teu paciente, para poder planejar assistência desse paciente, e nessa agregação de cuidados você poder utilizar conhecimentos oriundos da área médica, psicologia, nutrição, até da assistente social, enfermagem, de maneira que você consiga contemplar todas as necessidades humanas que estejam afetadas por esse doente, para mim isso é integralidade do cuidado da assistência. (E2)

Nos relatos acima, esse ideal a ser alcançado é evidenciado na medida em que o profissional vislumbra conseguir atender o paciente em todas suas necessidades humanas, isso se configura num desejo que atualmente não é materializado na UTI investigada.

Esse desejo não pode se dirigir para uma utopia, algo impossível de se chegar, a realização do desejo deve ser buscada através da prática profissional, pois como argumenta Matos (2004), a integralidade é considerada uma “bandeira de luta”, constitui-se num conjunto de valores que vale a pena lutar, uma vez que se configura num desejo maior que é de uma sociedade mais justa e solidária.

O autor explica ainda, a integralidade como parte de uma “imagem objetivo”, como uma forma de perceber criticamente a realidade e o que se pretende construir a partir dela,

isso envolve compromisso de quem acredita ser possível transformar a realidade através de práticas profissionais.

Nesse outro relato a seguir,

Integralidade hoje, é escala né? as especialidades de uma patologia em UTI que exigem multi variáveis que você trabalha que vai desde tratamento, do atendimento, da nutrição, da parte da reabilitação, é impossível você trabalhar sozinho” (....). Acho que a integralidade do serviço é você fazer com que as diversas atuações, equalizarem cuidados em geral, que vai desde o tratamento cognitivo, psicológico, tratamento de cuidados gerais, tratamento terapêutico, tratamento fisioterapêutico, farmacêutico, trabalhar de forma conjunta para o bem final que seria tirar o paciente da gravidade para que ele possa dar continuidade ao tratamento lá fora. (M1)

Foi muito significativo, o reconhecimento de que ninguém pode trabalhar só diante da complexidade exigida na UTI, pois, o trabalho é baseado em especialidades na direção da recuperação do paciente em sua patologia, assim, a integralidade percebida como ideal, corresponde à imagem do atendimento centrado na doença, em procedimentos, o que faz parte da realidade vivenciada pelas equipes atualmente na UTI.

Essa maneira de entender a assistência aos pacientes vai contra as discussões teóricas já demonstradas neste trabalho, quanto ao processo saúde-doença pautado no ideário da integralidade, uma vez que é defendida a superação do modelo biológico centrado na doença para um modelo que considere o paciente em sua subjetividade como um ser inserido em seu contexto social.

Na fala abaixo, T3 reforça a idéia do trabalho de várias profissões atuando no mesmo espaço, tendo seu início pelo trabalho do médico, o que denota o entendimento que no processo de trabalho todos são importantes, sob o comando de um médico. Essa percepção é culturalmente aceita nos serviços de saúde, sob a égide da medicalização da saúde, combatida pelos vários seguimentos profissionais que buscam novas práticas.

A integralidade pra mim pode ser todos os componentes da UTI, todas as profissões atuantes, pelo enfermeiro, ou melhor, começando pelo médico, o enfermeiro, técnico, fisioterapeuta, nutricionista, até o pessoal da limpeza, sem eles também... Depende muito de uma boa, vamos dizer assim, integração de todo o corpo pra poder ter uma boa melhora do paciente né? (T3)

Integralidade eu acredito que, primeiro, os profissionais que são responsáveis pelo cuidado desse paciente estar em sintonia, cada um em sua área, mas preocupado com o bem estar do paciente para trabalhar em conjunto. Cada um na sua área, mas buscando o bem estar do paciente e pra isso estando em equipe, trabalhando em equipe. (N1)

A idéia da assistência centrada na doença não alçou exclusividade nas opiniões dos profissionais entrevistados, alguns demonstraram um entendimento diferenciado, com uma

visão do paciente em seu contexto familiar e social, o qual extrapola os limites da patologia especificamente, e considera a família merecedora também de cuidados, como exposto abaixo:

Eu entendo por integralidade trabalhar com o paciente não somente no aspecto físico como também mental, social e estender o trabalho desse tratamento, não somente aos pacientes, mas também aos familiares e a situação social no qual o paciente se encontra. (M2)

Essa palavra me remete a própria integração, no caso, do paciente... dá a impressão do trabalho que a equipe realiza na assistência a esse paciente. Cada profissional com seu conhecimento específico e para desenvolver o trabalho na ajuda a esse paciente e auxílio ao seu familiar também faz parte de todo o processo. (P1)

Entende-se que os entrevistados abordaram a integralidade vinculando ao conceito de saúde ampliado, não apenas como ausência de doença, concordando com a definição de saúde assumida pela Organização Mundial de Saúde - OMS, “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.

Segundo Scliar (2007), esse conceito recebeu muitas críticas, considerando sua amplitude e impossibilidade de ser alcançado, o autor menciona que na Constituição Federal de 1988, artigo 196, foi evitada a discussão do conceito de saúde nesses parâmetros, pois estabelece que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Neste sentido, esse conceito mais abrangente é incorporado pelo SUS, de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc.); o meio socioeconômico e cultural (ocupação renda, educação etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.); e, a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Tendo como parâmetro de análise essa visão de saúde, entende-se o processo saúde/doença implicitamente ligado às condições sociais e econômicas da pessoa, esse processo não fica restrito apenas ao tratamento da doença e recuperação da saúde, mas para tal se faz necessária a articulação dos vários saberes, melhor dizendo de várias categorias profissionais nessa compreensão da saúde, na produção social do processo saúde -doença.

Outros dois relatos apresentados abaixo, reforçam um ideal de assistência à saúde que considera o paciente nos seus mais diversos aspectos: físicos, psicológicos, sociais, dentre outros, conforme as falas:

eu entendo que é um trabalho em equipe multiprofissional onde partindo do conceito internacional de doença que a gente tem que vê na sua doença inserido no contexto social, ele passa a ser responsabilidade de todos profissionais de diversas áreas que atendem na UTI. (A1)

Integralidade para mim é um atendimento ao paciente visto como um todo, não somente aquela doença que ele apresenta, mas ele com todo contexto histórico, familiar e social dele, ele sendo visto também por uma equipe multiprofissional, né? para justamente abranger todas essas etapas, psicológicas, nutricional, física no caso da fisioterapia, clínica- todas as histórias de patologias pregressas, a história da patologia atual, tudo isso, e a questão dos cuidados, então pra mim a interdisciplinariedade é fundamental para essa visão do paciente como um todo (F1)

Diante desses relatos a respeito da compreensão sobre a integralidade do cuidado ao paciente internado na UTI, observou-se que cada profissional concebe a integralidade como um ideal a ser buscado, mas leva ao questionamento porque esse ideal não se verifica no real?

Então, buscou-se ainda nessa categoria de análise, entender as dificuldades e as facilidades que os profissionais encontram no seu cotidiano, na execução do processo de trabalho.

Considera-se que tais respostas expliquem as razões pelas quais o ideal de práticas profissionais defendido pelo princípio da integralidade instituído legalmente, e buscado por profissionais através de discussões e estudos realizados nessa área, ainda encontra resistência para sua efetivação no local desse estudo.

#### *4.3.2 Dificuldades e Facilidades-Sugestões de Trabalho da equipe da UTI*

Inicialmente serão analisadas as dificuldades apontadas pelos entrevistados, no que se refere ao processo de trabalho. Para melhor compreensão do conteúdo foi elaborado um quadro que permitiu agrupar as respostas semelhantes, em três temas: 1-Apoio da direção e gerência: estrutura física, recursos humanos e condições de trabalho; 2-diálogo e relações interpessoais, 3-operacionalização da assistência.

QUADRO 2: Demonstrativo das dificuldades encontradas no processo de trabalho, conforme a equipe multiprofissional da UTI do CEMETRON, 2013.

Temas	Profissional	Dificuldades
TEMA 1 Apoio da Direção e Gerência: Estrutura	E1, E2, E3, M1, T2, T3, A1	Falta de estrutura, por falta de material adequado, Falta de roupas, por número reduzido da equipe. Falta EPI's adequados Ergonomia não existe

física, recursos humanos e condições de trabalho		Escala de serviço com muitos plantões extras Escala feita pela gerência Investimento dos gestores na qualidade da assistência Insensibilidade da direção quanto alguns problemas
TEMA 2  Diálogo e relações interpessoais	M1, T1, N1, P1	Falta de reuniões e diálogo Existe resistência profissional em integrar tratamento A dificuldade de comunicação Falta de integração com os colegas
TEMA 3  Operacionalização da assistência	M1, M2 e F1	Falta apoio para exames de diagnóstico Falta de especialidades médicas Falta médico diarista Falta de transporte de paciente

Em conformidade com o quadro acima, os fatores apontados como dificuldades para a integralidade nos processos de trabalho, serão analisados por tema.

1- O primeiro tema intitulado como apoio da direção e gerência: estrutura física, recursos humanos e condições de trabalho, foi o tema mais destacado pelos entrevistados. Algumas falas foram selecionadas para análise, considerando a representatividade da maioria, como exemplo:

Preocupa-se muito em abrir espaços, enfiar leito e um monitor e acabou, não é por aí. O cuidado intensivo tem que ser, acima de tudo, um cuidado humanizado, com atenção voltada ao cliente, o paciente. Os gestores, o governo o secretário de saúde, ele tem que se preocuparem com a qualidade da sua assistência, não é apenas abrir leito, cama, monitor e basta, tá pronto é um leito de uti, não é por aí, tem que se investir mesmo, intensificar as ações para assistência ao cuidado de terapia intensiva, priorizando equipamentos, tecnologia, é claro, e acima de tudo as condições de trabalho também. Isso é muito importante para um paciente crítico, em terapia intensiva. E apesar de tudo ainda conseguimos fazer muita coisa pelo paciente, poderíamos fazer muito mais e melhor. (E1)

Nessa fala ficou evidenciada a insatisfação em relação aos gestores que são percebidos como indiferentes na organização das condições necessárias à prestação da assistência intensiva de qualidade aos pacientes. E1 reconhece a necessidade dos equipamentos, mas reclama a falta de apoio dos gestores nas condições de trabalho, componente para uma boa assistência nos cuidados.

Em vários momentos foram reveladas insatisfações dos entrevistados em relação à coordenação, fato que pode constituir como entrave para a organização dos serviços e destaca-se no seguinte trecho da entrevista:

A minha queixa no momento com relação a elaboração da escala que está sendo realizada pela gerência de enfermagem, a pedido da mesma e onde tem essa dificuldade em que a maior parte é elaborada com plantões extras, que na minha opinião não dá certo. Outra coisa que também não sou favorável é escala da UTI de 24 horas, sendo que o ideal seria a escala de 12 por 36 que o profissional já chega mais descansado para trabalhar. O ideal seria essa escala de 12 por 36. (E1)

A gestão do serviço é percebida no modelo vertical, não há decisões horizontais, as gerências agem baseadas na autoridade do cargo, sem a efetiva participação dos demais atores, portanto, se interpreta ausência de prática democrática no processo de trabalho, o que vai contra Pinheiro e Luz (2003):

Mais especificamente, no que se refere à gestão em saúde, é preciso democratizar o processo de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando saberes, promovendo as atividades multiprofissionais e interdisciplinares, incorporando a renovação das práticas de saúde, numa perspectiva de integralidade em que a valorização da atenção e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde, que se desenvolve ativamente no cotidiano dos serviços. Estas propostas ensejam forte associação entre recursos humanos, materiais e informacionais e financeiros, considerando o sujeito usuário como centro e objetivo de suas atividades. (p30 )

No tocante à falta de infraestrutura a insatisfação é incontestável, os relatos a seguir são objetivos e detalhados:

(...)a infraestrutura nossa está feia, caindo aos pedaços, (...)porque aquele setor não é um setor programado para ser uma UTI é um setor improvisado. Se ficarmos no posto de enfermagem, a gente não consegue visualizar todos os pacientes, o que numa UTI é primordial. (F1)

Algumas dificuldades estão como em todo hospital, em toda a rede SUS, está em questão estrutural, material, pessoal, e quando eu falo em pessoal eu falo em termos de quantidade de pessoas disponível para poder colocar o processo em prática, tem uma prescrição que precisa mudar o paciente de posição decúbito de duas em duas horas, eu tenho uma UTI de sete leitos com pacientes todos acamados. (E2)

Então, nosso processo de trabalho hoje está prejudicado por falta de estrutura, por falta de material adequado, por número reduzido da equipe. Esse tipo de coisa também não ajuda muito, não facilita, falta de um equipamento adequado ou o suficiente para todo mundo, às vezes uma falta de um EPI para a equipe (...) E3

Com relação às condições mínimas necessárias para o funcionamento de uma UTI, a organização operacional, tanto em termos de estrutura, quanto de recursos humanos, tem regulamentação específica que estabelece critérios, definida pelo Ministério da Saúde<sup>6</sup> e pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira<sup>7</sup>. Pelos relatos acima, pode-se inferir que o funcionamento da UTI objeto deste estudo, não atende ao prescrito pelas normativas.

<sup>6</sup> Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998. - DOU Nº 154 Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo-UTI

<sup>7</sup> Regulamento Técnico para Funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva - Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB - 2009

Entende-se que a falta de infraestrutura física, de materiais e de recursos humanos são elementos que constituem as condições de trabalho, e a satisfação desses requisitos independe diretamente da equipe, pois envolve recursos financeiros, e prioridades de gastos pela gestão do hospital. Concorde-se que a falta dessas condições para o desenvolvimento das atividades cotidianas podem interferir na autoestima e motivação dos profissionais, podendo refletir nos cuidados dispensados aos pacientes.

2- O segundo tema, diálogo e relações interpessoais, quatro profissionais apontam como dificuldade nos processos de trabalho na unidade intensiva, a falta de comunicação e diálogo, geralmente acompanhada de conflitos entre profissionais. Essa problemática já foi analisada na categoria que estudou a fragmentação do processo de trabalho coletivo na UTI, portanto foi considerado desnecessário ampliar a discussão.

3-O terceiro tema foi denominado de operacionalização da assistência, e agrupou as respostas direcionadas à falta de suporte da gestão quanto a recursos para diagnóstico e tratamento, tais como: exame, transporte de paciente, falta de médicos diaristas e médicos especialistas. Em vários momentos esses aspectos foram mencionados, mas foram selecionadas três falas que expressam o sentido do grupo, transcritas a seguir:

As dificuldades que nós temos são em relação a respostas de solicitação de exames, nós temos uma grande dificuldade em relação ao tempo que é causado pela burocracia, pela documentação ou, às vezes, pelo transporte de unidades entre unidades. Se o paciente, por exemplo, precisar fazer uma cirurgia ele vai ter, mas ele terá que ser levado para o Hospital João Paulo, terá que ser recebido aí tem alguns inconvenientes sobre isso. Outras dificuldades que nós encontramos também são em relação aos recursos que nós temos. (M2)

eu acho que a maior dificuldade, o maior problema da UTI é a falta de diarista, um médico que fique aqui todos os dias, esse é fundamental que até os protocolos serem realmente seguidos, porque uma uti que só tem plantonista, não tem diarista você não consegue seguir um tratamento, a pessoa que chega com sete dias, 5 dias em relação ao plantão, muita coisa foi trocada, mudada e isso atrapalha o tratamento. (M1)

(...)Então a dificuldade de arrumar o profissional visitador, médico especialista, ela tá sendo bem complicada porque eles não querem vir e o Estado não dispõe de profissionais em número suficiente pra manter profissional fixo pra cá para está fazendo essa visita, e isso é uma confusão danada, tem especialista que está de sobreaviso na escala, mas ele diz que ele não atende aqui (F1)

O tema discutido retratou a dificuldade de recursos para diagnóstico e tratamento das doenças, os quais são fundamentais para manter a assistência integral ao paciente, considerando que exames e condutas especializados também fazem parte das necessidades urgentes do paciente e de sua família, logo não se pode negligenciar esses aspectos, no entanto, para se conceber a prestação do cuidado ao paciente na forma ideal, todos esses

recursos devem se fazer presentes de forma articulada, compartilhando saberes entre os diversos membros da equipe.

Todas as dificuldades mencionadas pela equipe revelam as insatisfações vivenciadas em suas múltiplas relações, que envolvem os processos de trabalho na UTI objeto deste estudo; essas dificuldades podem ser interpretadas como obstáculos impeditivos para o desenvolvimento de cuidados na perspectiva da integralidade.

Os processos de trabalho não são constituídos apenas por conflitos e dificuldades, mas também por momentos de solidariedade e companheirismo, o que se revela como facilidades, as quais foram abordadas de maneira simples e objetiva pelos entrevistados.

No quadro abaixo as facilidades foram agrupadas em três temas: 1- Diálogos e relações interpessoais; 2- Conhecimento técnico da equipe; e, 3- Compromisso profissional.

QUADRO 3 Demonstrativo das facilidades no processo de trabalho, conforme a equipe multiprofissional da UTI do CEMETRON, 2013.

Temas	Profissional	Facilidades
TEMA 1  Diálogo e relações interpessoais	E2,E3,M1, M3,T2, T3, F1	Gosta de estar ali, interação da equipe; Trabalha com harmonia equipe; Confiança na equipe, e compromisso com a escala; Boa comunicação, a equipe se entende; Confiança e respeito dos outros profissionais pelo seu trabalho; Gerência médica acessível;
TEMA 2  Conhecimento técnico da equipe	M2,T2,T1, M1	Equipe treinada; Autonomia; Ter conhecimento e reconhecimento de seu trabalho.
TEMA 3  Compromisso Profissional	E1,A1,M1	Compromisso Profissional

Quando os entrevistados foram indagados sobre as facilidades nos processos de trabalho daquela unidade intensiva, em vários momentos, foram captados sentimentos de alegria e de satisfação dos profissionais.

1-O primeiro tema, denominado como diálogo e relações interpessoais da equipe, dividiu a opinião dos entrevistados, sendo que quatro o conceberam como dificuldade



(analisado no quadro anterior), em contradição à avaliação de outros sete que o percebem como uma facilidade no processo de trabalho da UTI.

Dentre as respostas, serão apresentados a seguir trechos das entrevistas que representam esse sentimento:

(...) os profissionais em geral, médicos, enfermeiros, eles conseguem hoje, a gente tem essa facilidade do diálogo, você consegue conversar, dar uma sugestão, uma opinião para poder integrar os tratamentos, isso é ouvido, mas nem sempre foi assim, a equipe hoje está com uma visão de ouvir a opinião do colega, o que para mim fica fácil trabalhar aqui. (F1)

Ah...olha, uma das vantagens que eu gosto muito daqui é essa questão da interação, da amizade que existe ali dentro, (...). Lá é muito bom, é um setor que você consegue trabalhar com harmonia com a equipe, você pode ter confiança na equipe, isso é interessante, (...). A maior vantagem que eu gosto muito dali é essa questão: o tempo que corre muito rápido e a equipe, a interação da equipe, a amizade da equipe. Acho muito bacana (E3).

O que é fácil lá, pra mim é que a gente é muito unida, eu acho que se não tivesse essa união de todo mundo se ajudar, eu acho que a UTI não seria esta que está sendo agora, né? Porque se há união, é fundamental para mim, se há união, todo mundo se ajuda então é difícil ficar, alguma coisa faltando para o paciente ou até mesmo pra gente, porque se eu não ajudar as minhas amigas quando elas estão em pouca quantidade eu sei que isso vai prejudicar elas também e a assistência ao paciente. Eu acho assim, que já teve épocas lá na UTI que ninguém suportava trabalhar lá, mas essa época já mudou e eu espero que continue boa. (T2)

A análise que é feita das falas é que nem sempre existiu o diálogo que hoje é apontado, mas o número de entrevistados que afirma tratar-se de uma facilidade o atual contexto de interação e diálogo da equipe, conduz à inferência de que no interior das relações predominantes já existe a semente da mudança, na busca pelo ideal nas práticas envolvendo os vários atores daquele setor, pois, tanto o diálogo quanto a interação entre os membros da equipe são elementos que também constituem a materialização da integralidade do cuidado.

2- O segundo tema definido como conhecimento técnico da equipe, reúne as respostas que obtiveram a segunda maior frequência totalizando quatro profissionais. Algumas falas serão apresentadas a seguir, as quais são representativas deste tema:

quando você tem o respeito da equipe, fica muito fácil de você trabalhar, e quando a equipe confia no seu trabalho fica simples trabalhar aqui, considero a equipe técnica aqui da uti, as equipes que estão atualmente, são muito boas, o pessoal é muito responsável, cumpre muito bem seu papel de cuidador, então fica muito fácil, só em ter o respeito de seus colegas, o reconhecimento pelo seu trabalho, então isso é prazeroso pra gente, aqui na UTI, pelo menos os enfermeiros da UTI já alcançaram esse respeito diante da equipe e eu acho muito importante isso pra gente.(E2)

a gente tem uma facilidade, muitos profissionais, principalmente da enfermagem é extremamente capacitada, (...)todas professoras universitárias, engajadas, atualizadas, então a gente tem uma equipe de enfermagem, fisioterapia, os técnicos são bem engajados assim em relação aos pacientes, isso facilita muito A facilidade pesa na questão da formação dos profissionais, tranquilidade nos processos, e isso aí

tenho que exaltar a enfermagem, a enfermagem realmente faz a diferença aqui, pra gente, todo mundo se dá bem, um depende do outro, isso é que mais facilita, todo mundo se entende.(M1)

As facilidades, (rrrr) difícil, mais assim, aos poucos a gente conseguiu uma autonomia maior profissional dentro do setor, (...)mas agora eu tenho bastante autonomia e consigo conduzir a minha terapêutica autônoma, totalmente autônoma sem embates, as facilidades que eu tenho é justamente essa de conseguir traçar uma conduta para o meu paciente e conduzir essa conduta da forma que eu acho necessário(...) F1

Nas falas se percebe a satisfação dos entrevistados na realização do trabalho em equipe. A equipe é reconhecida como competente, responsável, detentora de conhecimento e autônoma, assim, analisa-se que tais qualidades são indispensáveis às práticas multiprofissionais e em sua complexidade estão implícitas as relações de saber-poder, que neste caso se observa a existência de respeito entre os profissionais, numa prática não centralizada em uma ou outra profissão, mas percebe-se trocas na construção de um saber coletivo, quem sabe na direção da horizontalização.

3- O último tema, o compromisso profissional foi apontado por três profissionais como facilidade nos processos de trabalho, nele destacaram, sobretudo, o envolvimento da equipe com a problemática apresentada pelo paciente. Para demonstração foram selecionadas algumas falas, apresentadas a seguir:

As facilidades assim, eu falo das facilidades até com muita alegria assim né, porque as facilidades é a parte humana que eu percebo lá dentro, porque todos que trabalham lá dentro parecem ter uma atuação de perfil profissional diferenciado, assim em termos de envolvimento, de comprometimento de sensibilidade perante a problemática do paciente que ali se apresenta, e o que em outro local poderia ser uma dificuldade grande, aqui é uma grande facilidade, e eu falo dela com muita alegria. (A1)

Facilidade é ainda ter profissionais que gostam do cuidado intensivo, essa é a minha facilidade que eu observo no momento. Pessoas que ainda vestem a camisa, porque se não fosse isso seria humanamente impossível trabalhar dentro da UTI. Compromisso da equipe com o trabalho, com o paciente, isso muitas vezes não é valorizado, mas não se deixa de prestar uma boa assistência aos pacientes. E1

Esse sentimento de compromisso e envolvimento das pessoas pode ser interpretado como um fator facilitador para novas práticas, direcionadas à idealização do cuidado na UTI, segundo Miranda (2009, p. 43) “As pessoas efetivamente se envolvem, ‘vestem’ a camisa, quando se emocionam pelo que fazem, percebem a possibilidade de criar, inovar, fazer diferente”. Daí a importância do trabalhador ser valorizado e estimulado a obter resultados do trabalho de forma coletiva, a satisfação também será percebida de maneira ampliada, diminuindo sofrimentos relacionados ao trabalho.

o pessoal é bem engajado, eles têm compromisso com a escala, não tem esse absenteísmo todo. Eles são qualificados para estar lá dentro, é muito tranquilo. Tudo flui bem melhor desse jeito, por mais que você tenha uma falha aqui e ali, mesmo com pessoal de menos, a equipe se junta e todo mundo consegue fazer uma assistência boa. Mesmo que falte material a gente se vira e consegue prestar também uma assistência boa (E3)

O desejo de melhorar o processo de trabalho foi manifestado pelos profissionais, com apresentação de sugestões que indicam as condições ideais para a prestação da assistência aos pacientes. Para compreensão do conjunto de respostas colhidas, foi elaborado um quadro em que se agrupou em temas pela aproximação dos sentidos das falas, o qual será apresentado a seguir. Nele foram demonstradas proposições que vão desde as condições da estrutura física, recursos humanos, até práticas humanizadas; diálogo e relações interpessoais; treinamento e capacitação e melhor operacionalização da assistência, observa-se que todos esses quesitos apareceram nas falas que trataram das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho, já analisadas anteriormente.

QUADRO 4 Demonstrativo das sugestões para melhorar o processo de trabalho, conforme a equipe multiprofissional da UTI do CEMETRON, 2013.

Temas	Profissional	Sugestão
TEMA 1  Melhorar a estrutura física, recursos humanos e condições de trabalho	E1 e T2	Melhorar as condições de trabalho, com mais técnicos para a execução do cuidado aos pacientes, e diminuir plantões extras, bem como, liberação de EPI adequado aos profissionais que lidam com pacientes em isolamento.
	E1 e T2	Melhorar os salários dos profissionais, não apenas dos médicos.
	E1, E3 e T3	Construção de uma nova UTI, conforme RDC50, com tudo que é necessário.
TEMA 2  Práticas humanizadas	A1, E1 e E2	Desenvolver práticas de acolhimento e humanização aos pacientes e familiares, pelos profissionais.
	A1	Atenção da Direção do hospital em relação a ações voltadas para a saúde do trabalhador.
TEMA 3  Diálogo e relações interpessoais	E2 e E3	Criar um cronograma para reuniões da equipe multiprofissional para discussão dos casos, visando planejamento e melhoria na assistência.
	M2 e N1	Melhorar a comunicação entre os profissionais

	T1, F1 e N1	Melhorar as relações interpessoais
TEMA 4 Treinar e capacitar	E3, M1 e M3	Realizar capacitações para a equipe multidisciplinar, destacando as atribuições de cada um no conjunto do trabalho.
TEMA 5 Melhorar a operacionalização da assistência	M1	Implantar protocolos, definir fluxos de trabalho.
	M2	Desburocratizar o atendimento com a criação de ficha unificada e preenchida por vários profissionais, num sistema informatizado
	P1 e M1 e M3	Manter uma equipe de profissionais diaristas e garantir a continuidade do trabalho
	F1	Incluir médicos especialistas como visitantes.

De acordo com o quadro acima se observa que as falas foram compactadas em cinco temas que expressam o ideário de vencer os obstáculos, os quais podem influenciar no desenvolvimento de práticas integrais pelos profissionais.

O primeiro tema diz respeito à necessidade de melhoria da estrutura física, recursos humanos e condições de trabalho; o segundo tema intitulado de práticas humanizadas, agrupou a proposta de três profissionais que destacaram a humanização quanto ao paciente e familiares e nesse mesmo tema, a assistente social destacou a preocupação com a saúde do trabalhador que cuida do paciente; O terceiro tema: Diálogo e relações interpessoais obteve a preocupação do grupo de sete profissionais de categorias diferentes, o que se considera muito significativo; o quarto tema, três profissionais sugeriram treinamento e capacitação; o quinto tema logrou preocupação da equipe em melhorar a operacionalização da assistência, as sugestões indicam mudanças principalmente, quanto a ter equipes diaristas que garantam a continuidade das condutas adotadas.

Então assim, melhorando estrutura, melhorando a questão salarial, esses profissionais não precisariam tá se matando de tanto trabalhar, teríamos muito mais tempo para discutir casos, (...) começa por aí, valorização mesmo do profissional, pra ver se consegue fazer uma melhor interação desses profissionais com a unidade e que se tenha mais tempo para discutir mesmo, fazer estudo de caso, (...) então o ideal mesmo quando se fala de UTI é a construção de uma nova UTI tudo conforme a RDC50, funcionando diuturnamente, nas 24 horas, sem essas questões de improviso, tudo de forma mais adequada que vai tornar o trabalho mais humanizado.(...) não ficar trabalhando mais no improviso. O improviso de estrutura, improviso de materiais, né? Então isso não pode, tem que melhorar muito. (E1)

A categoria de análise, a integralidade como ideal da equipe multiprofissional da UTI, é concluída concordando “que, quem não tem utopia, morreu, já que se contenta com o que tem, ou com o que a história conseguiu realizar. Qualidade representaria a utopia da história, no sentido daquilo que de melhor o ser humano nela poderia realizar.” Demo (1988, p.93). Com esse pensamento se expressa a crença de que a integralidade deve ser incansavelmente buscada, criando condições para sua implementação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado na UTI do hospital CEMETRON desvelou percepções sobre a integralidade do cuidado ao paciente internado, a partir do ponto de vista das equipes de trabalho, que assim resultou na seguinte objetivação:

1-A UTI do hospital CEMETRON possui uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e técnicos de enfermagem;

2-O perfil dos profissionais é composto na maioria por mulheres, com experiência de trabalho em UTI, preocupadas com a educação continuada para aprimorar a técnica e eficiência no trabalho.

3- A grande maioria dos profissionais busca atualização profissional através de cursos de pós-graduação em saúde, o que contribui para a confiança e credibilidade para os demais membros da equipe;

4-É perceptível o esforço por parte dos profissionais em manter suas práticas de forma integrada entre os vários atores no espaço da UTI, mas a prática estudada destacou a fragmentação do processo de trabalho, com o reconhecimento da existência de conflitos que necessitam de mediações no seu cotidiano, tendendo ao modelo de ações individualizadas.

5- Reuniões não fazem parte do processo de trabalho, portanto, as práticas não acontecem de maneira democrática, não havendo participação dos profissionais no planejamento, nem do próprio setor, nem em relação à gerência, reduzindo os profissionais à condição de meros executores

6-A compreensão dos profissionais sobre a integralidade do cuidado ao paciente internado na UTI, no geral, é percebida como um conjunto de práticas profissionais para atender os pacientes em suas necessidades. Essa percepção da integralidade se materializando em suas práticas encontra justificativa na teoria da boa medicina, e não faz vinculação de integralidade como princípio do SUS;

7-Nas dificuldades para o desenvolvimento do processo de trabalho foram destacadas principalmente a falta de apoio da direção e gerência no que se refere à falta de infraestrutura física da UTI, materiais, recursos humanos e condições de trabalho, além das dificuldades relativas às práticas profissionais pela falta de diálogo por parte de alguns profissionais. Essas dificuldades podem se constituir em fator que interfere nas práticas integrais;

8-As facilidades revelaram sentimentos de satisfação pelos profissionais em trabalhar com a equipe atual, pois argumentam a existência de companheirismo e solidariedade entre os membros na compreensão de superação das dificuldades

## **5.1 RECOMENDAÇÕES**

Diante dos obstáculos apontados durante as entrevistas a própria equipe fez algumas recomendações para melhorar os processos de trabalho na UTI em direção à integralidade, dentre elas se destacam:

- 1- melhorar a estrutura física, de preferência construir um novo espaço adequado para funcionamento da UTI, considerando que o atual é inapropriado, pois foi montado de maneira improvisada para atender situações de urgência de pacientes internados naquele hospital;
- 2- Ampliar os recursos humanos em número suficiente para atender a demanda de cuidados que os pacientes internados na UTI requerem, considerando a gravidade em que os mesmos se encontram;
- 3- Melhorar as condições de trabalho em termos de materiais e equipamentos de proteção individual, dentre outros;
- 4- A adoção de práticas humanizadas, tanto do ponto de vista para o paciente, como para os familiares e os profissionais que ali trabalham, entendendo o paciente como o centro da atenção da assistência;
- 5- Estabelecer protocolos de escuta entre profissionais para discutir casos de pacientes e possibilitar planejamento de condutas profissionais integradas, como estratégias que levem a mudanças do agir profissional para adoção de novas práticas direcionadas para integralidade da assistência.
- 6- Melhorar as relações profissionais e interpessoais considerando a possibilidade de diálogo entre os membros da equipe, bem como estreitar a prática dialógica com a direção do hospital e a gerência, permitindo a democratização da assistência;
- 7- Estimular e apoiar a formação e/ou atualização profissional em saúde, pois entende-se como fundamental a ampliação de conhecimento na qualificação e na formação de novos profissionais, como momento propício para reflexões inovadoras que podem dar condições para práticas que materializem a integralidade.

Para finalizar essa reflexão, em concordância com Araújo (2003) enfatiza-se que os diversos saberes convivendo no cotidiano para a prestação da assistência integral, são essenciais para a implantação de novas práticas. “Para esta construção/reconstrução todos estão convocados. Ousando, criando, implementando, avaliando e aí recomeçando. Sempre com o objetivo de respeitar e considerar o conhecimento que vem de nossos parceiros, clientes e demais profissionais de saúde.” (ARAÚJO, 2003, p. 165).

Atender essa convocação da equipe multiprofissional da UTI, na busca cotidiana do ideal na prestação da assistência, constitui-se em ato de construção da integralidade e de transformação da realidade.



## 6. REFERÊNCIAS

Associação de Medicina Intensiva Brasileira . **Regulamento técnico para funcionamento de unidade de terapia**, São Paulo, 24 de abril de 2009. Disponível em <<http://www.amib.org.br/fileadmin/RecomendacoesAMIB.pdf> > Acesso em 12 fev.2014.

ARAÚJO,C,L,F. **A Prática do Aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade - Construção da Integralidade, Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde**. Roseni Pinheiro e Rubens Araujo Mattos (Organizadores), Rio de Janeiro, UERJ,IMS: ABRASCO, 2003.

AYRES, J, R,C, M. **Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009 [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000600003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003) Acesso em 23 jan.2014.

BARRA, D.C.C; NASCIMENTO, E.R. P. Do; MARTINS, J. de J; ALBUQUERQUE, G.L; ERDMANN, A.L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde da enfermagem . Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 03, p. 422 - 430, 2006. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7081/5012> > Acesso em 08 fev. 2014.

BARROS, R.B de; BARROS, M.E de.**Da Dor ao Prazer no trabalho**.2007. Disponível em<<http://www.unifesp.br/reitoria/pqv/textobethbarrosdadoraoPrazer.PDF>>Acesso 7/01/2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, LTD. Março 2009. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Título Original: L'Analyse de Contenu. Presses Universitaires de France, 1977.

BETTINELLI, L.A; ERDMANN, A.L. **Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado**. 2009 . Disponível em < <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n1/v27n1a02.pdf>.> Acesso em 03 fev. 2014.

BIONDI, R. **Florence Nightingale e a História da Medicina Intensiva**. 2013. Disponível em <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/florence-nightingale-e-a-historia-da-medicina-intensiva> Acesso em 25 jan. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <<http://www.presidenciadarepublica.gov.br>>. Acesso em 4 abr.2012.

\_\_\_\_\_. **Critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo –UTI**. Ministério da Saúde. 1998. Disponível em

<<http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTL.pdf> > Acesso em 12 fev.2014.

\_\_\_\_\_ **Lei nº 8.080/ 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em 4 abr.2012.

\_\_\_\_\_ **Lei nº 8.142/1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)> Acesso em 04 abr. 2012.

\_\_\_\_\_ **Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. 2004.Disponível em <[bvsms.saude.gov.br/bvs/.../cadernos\\_humanizaus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../cadernos_humanizaus_atencao_hospitalar.pdf)> Acesso em 5 jun. 2013.

\_\_\_\_\_ **Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Ministério da Saúde. 2007.Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm> > Acesso em 07 jan. 2014.

\_\_\_\_\_ **Portarianoº 2.254,** de 5 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, Ministério da Saúde. 2010. Disponível <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/104937-2254.html> > Acesso em 07 jan.2014.

\_\_\_\_\_ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010, <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=110020&search=rondonia|porto-velho>. >Acesso em 01 de jan.2013.

\_\_\_\_\_ Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas regulamentadoras envolvendo seres humanos. **Resolução 466/2012 – CNS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>, >Acesso, 01 de jan.2013

BRAVO.M.I.S. **Política de Saúde no Brasil.** In: Mota, et al. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional. 4 edição, São Paulo, Ed. Cortez, 2009.p.88-110.

CAMARGO Jr. K.R de -**Um Ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade--Constuição da Integralidade, Cotidiano, saberes e práticas em Saúde.** Roseni Pinheiro e Rubens Araujo Mattos (Organizadores), Rio de Janeiro, UERJ,IMS: ABRASCO, 2003.

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família,** Ciência e Saúde Coletiva .Rio de Janeiro RJ. 2003. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf> > Acesso em 25 jan.2014.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. 2003. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.197-210.

CECÍLIO, L. C. O; FEUERWERKER, L. C. M. **O hospital e a formação em saúde: desafios atuais**. Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.php?pid=S1413-81232007000400018&cript=sci\\_arttext](http://www.scielo.php?pid=S1413-81232007000400018&cript=sci_arttext)> Acesso em 5 de abr.2012.

DEMO, P. Pesquisa qualitativa. Busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 89-104, abril 1998. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13912.pdf>> Acesso 03 de ago.2012.

FARIA, H; WERNECK, M; SANTOS, A.M. **Processo de trabalho em saúde**, - 2<sup>a</sup> ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>> Acesso em 23 nov.2013.

FERREIRA, A.B de H. **Aurélio Dicionário da Língua Portuguesa**, Editora Nova Fronteira, São Paulo. 1986.

FERIOTTI, M. de L. **Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo**, p. 179-190 Vínculo – Revista do NESME, 2009, v. 2, n. 6, p. 113. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/1394/139422410007.pdf>> Acesso em 12 fev. 2014.

FEUERWERKER, L. **Modelo tecnicoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS**, In Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social-ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios, 2007.

FOUCAULT, M. (1992). **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal.

FRANCO, T.B; MAGALHÃES JR. H. M. **Integralidade na assistência à saúde: organização das linhas de cuidado**.2009. Disponível em <[http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/integralidade\\_na\\_assist\\_a\\_saude\\_tulio\\_franco\\_helvecio\\_magalhaes.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/integralidade_na_assist_a_saude_tulio_franco_helvecio_magalhaes.pdf)> Acesso em 13 nov. 2013.

GERHARDT, T, E; RAMOS, I, C, A; RIQUELMO, D, L; SANTOS, D, L. **Estrutura do Projeto de Pesquisa**, In GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. Métodos de Pesquisa. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>> Acesso em nov. 2012.

GODOY, A.S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais**, Revista de Administração de Empresas São Paulo, v. 35, n.3, p, 20-29 Mai./Jun. 1995 (a)<<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>> Acesso 14 jun.2013.

GODOY, A.S. **Introdução à pesquisa qualitativa à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** Revista de Administração de Empresas São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63 Mar./Abr. 1995(b) < <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf>> Acesso 29 jun. 2013.

GUEUDEVILLE, R. M. **Avaliação da comunicação entre a equipe multidisciplinar e o tempo de permanência na UTI, após a introdução do formulário de objetivos diários Coleccta**–Florianópolis, 2007. Disponível em <<http://btd.egc.ufsc.br/wp-content/uploads/2010/06/Ros%C3%A2ngela-ueudeville.pdf>> Acesso em 04 mar.2013. <http://btd.egc.ufsc.br/wp-content/uploads/2010/06/Ros%C3%A2ngela-Gueudeville.pdf>

LINO, M. M.; SILVA, S. C. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática.** Rev. Nursing, v. 4, n. 41, p. 25-29. 2001.

LOUZADA, S.S.S; STANG, F; CALABREZ, M. **Administrar e humanizar no hospital.** Revista FACEVV - 2º Semestre de 2008 - Número 1. <<http://www.facevv.edu.br/Revista/01/ADMINISTRAR%20E%20HUMANIZAR%20NO%20HOSPITAL.pdf>> Acesso em 04 jun.2013.

MATOS, E; PIRES, D, E, P; CAMPOS, G, W, S. **Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde.** Rev. bras. enferm. vol.62 no.6 Brasília Nov./Dec. 2009 <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000600010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000600010&script=sci_arttext) > Acesso em 30/04/2013.

MATTOS, R.A. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade.** Cad.Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em 04/03/2013.

MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.39-64.

MERHY, E,E; FRANCO, T,B. **Trabalho em Saúde .** In: Pereira, Isabel, Brasil; Lima, Júlio, César, França. **Dicionário da educação profissional em saúde. .** 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> > Acesso em 04 out. 2013.

MINAYO, M,C,S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social.** In: MINAYO, M. C. de S.(org). Pesquisa social, teoria método e criatividade.21.ed.Petrópolis, Rio de Janeiro:Vozes, 2002.

MINAYO, M,C,S (org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10ªed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MIRANDA, C. **O desafio em manter funcionários motivados: Os fatores motivacionais para o trabalho.** Vila Velha. ES. 2009. Disponível em < <http://www.esab.edu.br/arquivos/monografias/cely-miranda.pdf>> Acesso em 22 jan. 2014.

MORAES, R. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n 37, p. 7 --32, 1999. <[http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise\\_de\\_conteudo\\_moraes.html](http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html)> Acesso em 04 de jun. 2012.

MORAES, R. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n 37, p. 7 --32, 1999. <[http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise\\_de\\_conteudo\\_moraes.html](http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html)> Acesso em 04 de jun. 2012.

NETTO, J.P; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, J.P; CARVALHO, M.C.B. **Cotidiano: Conhecimento e crítica**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, R; MARUYAMA, S.A.T.**Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários**, Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a19.htm>> Acesso em 03 de jan.2014.

PASCHE, D. F. **Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil**. In: Cadernos Humaniza SUS. V3. Atenção Hospitalar. Ministério da saúde. 2013. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_humanizasus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf)> Acesso em 23 jan. 2014.

PAUL, P. Transdisciplinaridade e antropofomação: sua importância nas pesquisas em saúde. Saúde e Sociedade, 14 (3), 72 - 92, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104) > Acesso: 30 de Abr, 2013,

PAULI, L. T. S. A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal. Tese USP. 2007. Disponível em <[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F6%2F6135%2Fde-02122008-195835%2Fpublico%2FLiane.pdf&ei=FEgWU6rTO5HGkQfW\\_IHgBQ&usg=AFQjCNGbM057JWin0ghjugPW6J8jqbhug&bvm=bv.62286460,d.eW0](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F6%2F6135%2Fde-02122008-195835%2Fpublico%2FLiane.pdf&ei=FEgWU6rTO5HGkQfW_IHgBQ&usg=AFQjCNGbM057JWin0ghjugPW6J8jqbhug&bvm=bv.62286460,d.eW0)> Acesso em 22 dez.2013.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Rev Saúde Pública 2001;< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf> > Acesso em 03 Abr. 2013.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. São Paulo. 2007. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-02072009-105425/pt-br.php>> Acesso em 30 de mai 2013.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho**, 2007.<  
[http://www2.catalao.ufg.br/uploads/files/118/Bib\\_13.pdf](http://www2.catalao.ufg.br/uploads/files/118/Bib_13.pdf) > Acesso em 23 mai 2013.

PEDUZZI, M; SCHRAIBER, L. B. **Processo de Trabalho em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F.(Orgs) 2.ed.rev.ampl.Fundação Oswaldo Cruz. 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html> >Acesso em 05 2014.

PENNA,C,M de; BRITO,M,J HEMMI, A,P. **Integralidade nas ações cotidianas de gestores e trabalhadores do setor saúde: um estudo de caso no município de Belo Horizonte**. Ateliê do Cuidado - VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. In: PINHEIRO. R; MATTOS, R.A. de (Orgs.) 1ª edição. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2008.

PEZZA, C. **Duas mulheres que marcaram a história da enfermagem**. 2011. Disponível em< <http://saudeweb.com.br/18105/duas-mulheres-marcaram-a-historia-da-enfermagem> > Acesso em 03 jan. 2014.

PINHEIRO, R. **Cuidado em Saúde**. Rio de Janeiro. 2009. Dicionário da Educação em Saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F.(Orgs) 2.ed.rev.ampl Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.htm>. Acesso em 4 abr.2012.> Acesso. 04 Abr. 2012.

PINHEIRO,R; LUZ,M, T– **Práticas Eficazes X Modelos Ideais -Constuição da Integralidade, Cotidiano, saberes e práticas em Saúde**. In: PINHEIRO. R; MATTOS, R.A (Orgs.). IMS-UERJ- ABRASCO, 2003.

PIROLO, et al. **A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva** . São Paulo. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a17.pdf>> Acesso 05 de janeiro de 2013.

REHEM, R. **O Sistema público de saúde brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002. Disponível em <[http://www.inesul.edu.br/site/documentos/sistema\\_publico\\_brasileiro.pdf](http://www.inesul.edu.br/site/documentos/sistema_publico_brasileiro.pdf) > Acesso 30 jan. 2014.

RIOS, I, C. **Caminhos da humanização na saúde : prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RONDÔNIA. Decreto nº4.411 de 14 de novembro de 1989. Cria o Centro de Medicina Tropical de Rondônia – CEMETRON, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Porto Velho, 1989.

SANTOS, D.L; SANTOS, J. L. G. dos; PROCHNOW, A. G; PEDROSO, M. L. R; LIMA, M. A. D. S. **A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica** . Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.31, p.359-68, out./dez. 2009.



[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400010&script=sci_arttext) Acesso em 03 de ago.2012.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100003&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 12 mai.2012.

SILVA Jr, A,G da; E,E ;CARVALHO,L,C de: **Refletindo sobre o ato de Cuidar em Saúde - Construção da Integralidade, Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs), IMS-UERJ- ABRASCO, 2003.

SILVA, M.J.P da; ARAÚJO, M.M.T; PUGGINA, A.C.G.**Humanização em Terapia intensiva**.2007.Disponível em <http://www.claudiapuggina.com/producao/Cap%20Humanizacao%20em%20Terapia%20Intensiva.pdf> Acesso em 03 fev. 2014.

SOARES, M. **Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva**. Rev. bras. ter. Intensiva.vol.19.no.4 SÉRIE: TERMINALIDADE EM UTI. São Paulo.2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2007000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000400013) Acesso em 03 fev. 2014.

TEIXEIRA, M. A. D; FONSECA, D. R. **História Regional (Rondônia)**, Porto Velho, Rondoniana, 2002, 3ª edição.

TEIXEIRA,R.R- O. **Acolhimento num Serviço de saúde Entendido como uma Rede de Conversações - -Construção da Integralidade, Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs), IMS-UERJ- ABRASCO, 2003.

TRANQUITELLI, A. M; CIAMPONE, M.H.T. **Número de horas de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos**. Rev Esc Enferm USP .2007. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/05.pdf> >Acesso em 02 fev.2014.

VIEGAS, S.M da F. **A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais [manuscrito]**. / Selma Maria da Fonseca Viegas. - - Belo Horizonte: 2010. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.< <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/300D.PDF>> 05 de nov.2013

VILA,V.S.A; ROSSI,L.A. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto. 2002< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf>> Acesso em 05 de janeiro de 2013.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. GRASSI, D. 2ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.